

## OPASVIHKO PIENIPAINOISEN LAPSEN VANHEMMILLE

Jenni Lampinen ja Mari Oja-  
maa  
Opinnäytetyö, syksy 2009  
Diakonia-ammattikorkeakoulu/  
Lahden ammattikorkeakoulu,  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Sairaanhoitaja (AMK) + diakonian virkakelpoisuus (diakonissa)

## TIIVISTELMÄ

Jenni Lampinen & Mari Ojamaa. Opasvihko pienipainoisen lapsen vanhemmille. Lahti, syksy 2009. Opinnäytetyö 65 s., 1 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu/ Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, hoitotyönkoulutusohjelma, diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihto-ehto, sairaanhoitaja (AMK), sairaanhoitaja (AMK) + diakonian virkakelpoisuus (diakonissa).

Suomessa 2007 syntyneistä vastasyntyneistä noin 4,5 % oli pienipainoisia. Pienipainoisella lapsella tarkoitetaan lasta, jonka syntymäpaino on alle 2500g. Pienipainoinen lapsi ei välttämättä ole keskonen. Lapset ovat voineet syntyä raskausviikkoihin nähden pienipainoisina laskettuna aikana. Tämän takia pienipainoisella lapsella ei välttämättä ole ennenaikaisuuden tuomia ongelmia.

Hanke on toteutettu yhteistyössä Hämeenlinnan neuvolan terveydenhoitaja kanssa. Tämän hankkeen tarkoituksena oli toteuttaa opasvihko pienipainoisen lapsen vanhemmille. Opasvihkon tavoitteena oli lisätä vanhempien tietoisuutta arjesta pienipainoisen lapsen kanssa.

Koko työn tarkoituksena oli lisätä hoitoalan ammattilaisten teoretietoa pienipainoisuudesta sekä siihen liittyvistä asioista. Lisäämällä teoretietoa hoitoalan ammattilaisille vanhempien ohjaus ja tukeminen helpottuu. Tutkimusten mukaan pienipainoisten lasten vanhemmat ovat saaneet puutteellista tietoa lapsen kasvusta ja kehityksestä neuvolan henkilökunnalta.

Hankkeen tuotoksena syntyi A5:n kokoinen opasvihko, jonka teimme sähköiseksi versioksi työn liitteeksi. Opasvihkosta löytyy tietoa pienipainoisen lapsen arjesta, ravinnosta ja kehityksestä. Opasvihkossa on kerrottu varhaisesta vuorovaikutuksesta ja mahdollisista pienipainoisuuden tuomista ongelmista. Työstä löytyy vanhemmille Internet osoitteita, joista vanhemmat voivat hakea tietoa ja vertaistukea.

Asiasanat: Neuvonta, syntymäpaino, vastasyntyneet, lastenneuvolat.

## ABSTRACT

Jenni Lampinen & Mari Ojamaa. Guidebook for the Parents of a Child with Low Birth Weight. Lahti, 2009. Bachelor's Thesis, 65 pages, 1 appendix.

Diaconia University of Applied Sciences/ Lahti University of Applied Sciences, Faculty of Social and Health Care, Degree Programme in Nursing, Option in Nurse and Nurse-deaconess.

In 2007 about 4,5 % of all the newborns were small for gestational age (SGA) in Finland. SGA children weigh less than 2500 grams when they are born. SGA children are not necessarily prematurely born and therefore they do not always have the same problems as premature children.

This project was carried out with the public health nurse of the postnatal clinic in Hämeenlinna. The objective of the project was to make a guidebook for the parents of a child with low birth weight which would help increase their knowledge of the everyday life with such a child.

Goal of the whole study was to increase the knowledge of the health care professionals concerning an SGA child. The health care professionals can offer better support to the parents when they have more information on the subject. The research shows that parents had insufficient information from the personnel of the postnatal clinics of the growth and development of an SGA child.

The product of this project was a guidebook that contains information of the everyday life, nutrition and development of an SGA child. The guidebook also gives information of early interaction and the problems the parents might experience with an SGA child. In the end of the guidebook parents can find internet pages where they can get more information of a child that is small in weight and different peer support.

Keywords: counselling, newborns, postnatal clinics, birth weight

## SISÄLLYS

### 1 JOHDANTO

### 2 PIENIPAINOISEN LAPSEN SEURANTA RASKAUDEN

#### AIKANA JA SYNTYMÄN JÄLKEEN 7

##### 2.1 Pienipainoisen sikiön seuranta raskauden aikana 8

##### 2.2 Kasvukontrollit sekä kasvun ja kehityksen seuranta 9

##### 2.3 Pienipainoisen ravitsemus ja kasvua tukevat valmisteet 11

### 3 PIENIPAINOISUUDEN SYYT 15

#### 3.1 Pienipainoisen lapsen kasvun luokittelu 16

#### 3.2 Pienipainoisuudesta johtuvat ongelmat 18

#### 3.3 Pienipainoisen tulevaisuuden riskit 19

### 4 PIENIPAINOINEN LAPSI JA LAPSEN PERHE NEUVOLAN

#### ASIAKKAANA 22

##### 4.1 Neuvolan antama tuki pienipainoisen lapsen perheelle 25

##### 4.2 Varhainen vuorovaikutus pienipainoisen lapsen kanssa 28

### 5 HANKKEEN TAVOITE KOHDERYHMÄ JA TOTEUTUS 32

### 6 HANKKEEN ARVIOINTI 38

#### 6.1 Koko hankkeen arviointi 38

#### 6.2 Opasvihkon arviointi 39

### 7 HANKEEN POHDINTA 40

#### 7.1 Eettisyys ja luotettavuus 41

#### 7.2 Hankkeen tuotoksen hyödyntäminen ja jatkotutkimuksen mahdollisuudet 43

### LÄHTEET 45

### LIITTEET 51

#### LIITE 1: Opasvihko pienipainoisen lapsen vanhemmille 51

## 1 JOHDANTO

Työssämme käsitellään lasta, joka on raskauden kestoon nähden liian kevyt eli pienipainoinen. Raskauden kestoon nähden pienipainoiset lapset saavat diagnoosin SGA (Small for Gestational Age) ja se on yleisesti käytetty termi puhuttaessa raskauden kestoon nähden pienipainoisista lapsista. Raskauden kestoon nähden pienipainoisia lapsia syntyy vuosittain noin 2.5 % kaikista vastasyntyneistä (Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2009). Käsitlemme työssämme myös yleisesti pienipainoisuutta. Pienipainoisia lapsia syntyy vuosittain noin 4,5% kaikista vastasyntyneistä (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin tutkimuskeskus i.a).

Pienipainoiset lapset kuten muutkin lapset siirtyvät kotiututtuaan neuvolan asiakkaiksi. Kansanterveyslaki määrittelee jokaisen Suomessa asuvan lapsen ja äidin oikeudeksi neuvolapalvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Pienipainoiset lapset voivat olla haaste neuvolan terveydenhoitajalle, koska heitä syntyy vuosittain vähän. SGA-lapset ovat heterogeeninen ryhmä, sillä heillä ei välttämättä ole minkäänlaisia ongelmia tai ongelmia voi ilmetä jossain elämän vaiheessa. He ovat heterogeeninen ryhmä myös sen vuoksi, että osa on syntynyt alhaisilla raskausviikoilla ja osa on syntynyt täysiaikaisena.

Pienipainoiset lapset sekoitetaan herkästi keskosiksi. He eivät kuitenkaan välttämättä ole keskosia. Olemme kuitenkin käyttäneet osittain työssämme teoria-tietoa keskosista, niiltä osin, kun se on järkevää. SGA:han liittyen on löytynyt huonosti materiaalia suomen kielellä.

Kokemuksen mukaan vanhemmat ovat saaneet SGA-lapsen syntymän jälkeen olematonta tietoa ja tukea lapsen hoidosta ja tulevaisuudesta (Hollo 1999, 47). Vanhempien riittämättömän tuen ja tiedon sekä huonosti löytyvän lähteistön vuoksi olemme halunneet tehdä ytimekkään kirjallisuuskatsauksen SGA:sta neuvolan terveydenhoitajille ja opasvihkon vanhemmille.

Opasvihkon tarkoituksena on antaa vanhemmille tietoa pienipainoisen lapsen arjesta ja yleisesti askarruttavista kysymyksistä, kuten esimerkiksi lapsen ruokailu. Kirjallisuuskatsauksen avulla terveydenhoitaja voi lisätä osaamistaan pienipainoisen lapsen hoidossa ja näin ollen perhe voi saada laadukkaampaa hoitoa. Yhteistyötahomme, Hämeenlinnan neuvolan terveydenhoitaja, jakaa opasvihkoja vanhemmille, joille on syntynyt pienipainoinen lapsi.

## 2 PIENIPAINOISEN LAPSEN SEURANTA RASKAUDEN AIKANA JA SYNTYMÄN JÄLKEEN

Pienipainoisena pidetään sellaista lasta, joka on syntymäpainoltaan huomattavasti pienempi, kuin samaa sukupuolta olevan lapsen keskimääräinen syntymäpaino tietyllä raskausviikolla. Pienipainoisuuden rajaksi on määriteltä syntymäpaino, joka on kahden keskihajonnan (2SD) verran sekä raskaudenkeston ja sukupuolen mukaisen keskiarvopainon alapuolella kyseiseen väestöön pohjautuvassa kasvukäyrästössä. Tämä luokitus ei kuitenkaan ole täysin spesifi, eikä sitä välttämättä huomioida todellisessa sikiökautisessa kasvuhäiriössä (IUGR), joka ei ole sama asia kuin pienipainoisuus tai termi kasvunhidastuminen. (Hollo 1999, 12.) Keskipaino laskettuna aikana syntyneillä pojilla on 3720g ja tytöillä 3580g (Erkkola 2004, 469).

Vastasyntyneen lapsen pienipainoisuuteen on kiinnitetty huomiota jo vuosikymmeniä sitten. Lastenneuvolan kehittäjä ja arkkiatri Arvo Ylpön vuonna 1919 tekemän ehdotuksen pohjalta luotiin rajat pienipainoisuudelle eli keskosuudelle. Normaalipainoisen vastasyntyneen painon alarajaksi muotoutui 2500g. (Helsingin yliopisto 2005.) Nykypäivän alipainoisuuden kriteerien mukaan vastasyntynyt on pienipainoinen jos hän painaa syntyessään alle 2499g. (Stakes- ICD10 tautiluokitus 1999.)

Vastasyntyneistä noin 4,6 % on pienipainoisia eli vuosittain noin 2500 lasta. Vastasyntynyt on ennenaikainen, jos hän on syntynyt ennen raskausviikkoa 37. (Fellman & Järvenpää i.a). Lubchenko mukaan ilmenee, että 1960-luvulla huomio kiinnitettiin raskaudenkeston ja sikiön kasvun yhteyteen. Tällöin lapsen kasvun ollessa normaalia huonompi syntyy raskauden keston nähden pienipainoinen lapsi. (Hollo 1999, 12.)

## 2.1 Pienipainoisen sikiön seuranta raskauden aikana

Suomessa normaali kasvun seuranta tapahtuu neuvolassa. Neuvolan keinot seurata sikiötä ja odottavaa äitiä ovat ulkotutkimus, sikiön sydänäänten kuuntelu, äidin painonnousu, lapsiveden määrä ja erilaiset kokeet esimerkiksi virtsasta tai verestä. (Nuortila 2007, 48.) Neuvolassa tarkkaillaan äidin painonnousua sekä SF-mittaa eli kohdunpohjan korkeutta sekä vatsanympärystä raskauden eri vaiheissa (Väyrynen 2006, 188). Edellä mainittujen tutkimusten tukena äidin suorittama liikelaskenta tukee sikiön voinnin seurantaa. Yhdessä tunnissa sikiön tulisi liikkua 10 kertaa. Sikiön liikkeiden ollessa vähemmän, tilannetta on tutkittava tarkemmin. (Tekay & Jouppila, 2004, 346.)

Suosituksena on, että kohdunpohjan eli S-F mitan mittaaminen aloitetaan raskausviikolla 24 ja jatketaan raskausviikolle 36 asti. Mittaaminen tapahtuu säännöllisesti jokaisella neuvolakäyntikerralla, jolloin seuranta on luotettavaa. S-F-mittauksen tuloksen luotettavuus riippuu raskauden keston oikeasta määrittämisestä ja siitä kuinka vakioitu mittausmenetelmä on. Luotettavuutta lisää, jos mittaaja on jokaisella kerralla sama tai työmenetelmät on jokaisella mittauksella samanlaiset. (Väyrynen 2006, 190–194)

Sikiön huonosta kasvusta voi kertoa laskeva tai tasainen pieni SF- mitta (Väyrynen 2006, 193). Toistuvissa mittauksissa havaittu yli kahden senttimetrin poikkeama antaa syyn lähettää äiti arvioon äitiyspoliklinikalle, jossa sikiön tilaa seurataan ultraäänen avulla (Nuortila 2007, 52).

Ultraäänitutkimus on tarkin menetelmä epäiltäessä tai tutkittaessa kasvun hidastumaa (Erkkola 2004, 474). Ultraääni tutkimuksella pystytään selvittämään useita perusasioita sikiön tilasta. Tärkeitä asioita kasvuun liittyen ovat painoarvio ja kasvun seuranta. (Tekay & Jouppila, 2004, 351, 345.) Sikiön painon arviointi ultraäänen avulla ei ole kovin tarkkaa ja kaavat, joissa käytetään sikiön ruumiinosien mittoja, johtavat usein pienten sikiöiden painon yliarviointiin (Jouppila 1998). Sikiön tilaa voidaan tutkia myös ultraääntä ja dopplermenetelmää yhdistämällä. Dopplertutkimuksessa pystytään tutkimaan esimerkiksi napaval-



timon virtauksia, jolloin voidaan havaita mahdollinen hapenpuute, joka voi hidastaa sikiön kasvua. (Tekay & Jouppila, 2004, 351, 345.)

Kuvattaessa sikiön kasvua mitataan usein kolme parametria eli osatekijää, pään lakimukuraleveys, vatsan ympärys ja reisiluun pituus. Tuloksia verrataan käytettäviin käyrästöihin. (Väyrynen 2006, 185.) Erityyppisten tutkimusten suorittaminen ultraäänien avulla auttaa erottamaan kevyet, mutta terveet SGA- sikiöt niistä, jotka istukan vajaatoiminnan takia tarvitsevat tiivistä seurantaa. Tämä on tärkeää, jotta kaikille pystytään mahdollistamaan tarvittava hoito, näin ollen myös turha hoitaminen vähentyy. (Rosendahl, 1995.)

### 2.3 Kasvukontrollit sekä kasvun ja kehityksen seuranta

Kansanterveyslaki määrittelee jokaisen suomessa asuvan lapsen ja äidin oikeudeksi neuvolapalvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2003). Pienipainoiset lapset käyvät muiden lasten tavoin normaaleissa neuvolaseurannoissa, mutta heillä voi olla erityistarpeita, jotka vaativat tihennettyä neuvolaseurantaa tai mahdollisia kehitysseurantoja tai sairaalajaksoja erityisterveydenhuollossa. (Korhonen 2003.)

Kehitysseurannat sovitaan ja kartoitetaan synnytyssairaalasta käsin lapsen kotiutuessa. Käytännöt vaihtelevat sairaaloittain, joten toisessa sairaalassa samankuntoinen ja samanpainoinen lapsi voi saada erilaista hoitoa kuin toisessa, hoidontason kuitenkin laskiessa. Keskosvanhempien yhdistys Kevy-en teettämän oppaan mukaan kuitenkin suuntaa-antavana esimerkkinä voidaan pitää, että alle kilon painoiset tai alle 28 raskausviikolla syntyneet lapset käyvät sairaalan kehitysseurannassa ensimmäisen vuoden kolmen kuukauden välein, puolentoista - ja kahden vuoden iässä sekä 5-vuotiaana. (Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2007,4.)

Yli puolitoista kiloa syntyessään painavat lapset kuuluvat pääpiirteittäin neuvolaseurantaan, jos raskaus ja kotiutusvaihe on sujunut ongelmitta. Vanhempien

tulee kuitenkin muistaa, että aina saa ottaa yhteyttä neuvolaan tai poliklinikalle, jos tulee epäilyksiä lapsen kehityksestä. Vanhemmat ovat lapsensa parhaat asiantuntijat. (Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2007,4.)

Kehitysseurannoissa, kuten neuvolassakin tarkastetaan lapsen paino, pituus ja päänympärys. Painon ja päänympäryksen tulee lisääntyä tasaisesti pituuskasvuun nähden. (Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2007,4.) Lapsen kotiuudessa täysimetyksellä on neuvolan tärkeä tehtävä huolehtia, että imetys kotona onnistuu hyvin. (Heikka 2007, 304.)

Alkuun neuvolan tiheät kasvukontrollit ovatkin tärkeitä painonnousun varmistamiseksi ja imetyksen onnistumisen varmistamiseksi. (Heikka 2007, 304.) Lapsen syntyessä ennenaikaisena käytetään korjatun iän mukaista kasvukäyrästöä, jota suositellaan käytettäväksi myös neuvolassa. (Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2007,4.) Korjattua ikää käytetään alle 32 raskausviikolla syntyneiden lasten kasvun arvioinnissa kahden ensimmäisen vuoden ajan. (Heinonen 2000, 157.)

Perustutkimusten lisäksi poliklinikkakäynteillä otetaan verikokeita, tutkitaan näköä ja kuuloa tarpeen mukaan. Mahdollisten poikkeavuuksien valossa tehdään lisätutkimuksia moniammatillisessa työryhmässä, esimerkiksi fysio- tai puheterapeutin tutkimukset. (Kanta-Hämeen keskussairaala 2005.) Vauvaiän tutkimusten jälkeen kohdistuu tutkimusten luonne koulunkäyntiä varten tarvittaviin taitoihin. Kehitysseurantojen ja neuvolan päätarkoitus on poimia tarpeeksi ajoissa poikkeavuudet lapsen kehityksessä ja kasvussa. (Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2007,5.)

### 3.3 Pienipainoisen ravitseminen ja kasvua tukevat valmisteet

Ennenaikaisesti syntyneille ja pienipainoisille lapsille äidinmaito on vieläkin tärkeämpää, kuin täysiaikaisille, normaalipainoisille lapsille. Pienipainoisen lapsen ravitseminen on tärkeää lapsen kasvun kannalta. Hyvällä ravitsemuksella on kauaskantoiset vaikutukset lapsen myöhempään terveyteen. (Koskinen 2008, 18.)

Ravitsemukseen vaikuttavat useat osatekijät mm. lapsen syntymäpaino ja sairaudet. Lapset, jotka ovat syntymäpainoltaan yli 1500g- 2000g, heidän kanssaan noudatetaan normaalia vastasyntyneen ravitsemusohjetta. On kuitenkin huomioitava lapsen kasvun sujuminen. (Hengitysliitto Heli 2008.) Vuonna 2004 asetetussa imetyssuosituksessa kehoitetaan jatkamaan täysimetystä kuusikuukautiseksi asti sekä imetyksen jatkamista muun ravitsemuksen ohella 1-vuotiaaksi asti. (Koskinen 2008, 18).

Imetyksen onnistumiseen vaikuttavat monet eri asiat mm. edelliset imetyskokemukset, yhteiskunnan normit, koulutus ja imettäjän ikä. Synnytyksen kulku ja synnytyssairaalan normit heijastavat imetyksen onnistumiseen. Tärkeimpänä pidetään kuitenkin puolison tukea. On olemassa seikkoja, jotka vaikuttavat imetyksen onnistumiseen negatiivisesti mm. keisarinleikkaus tai myöhään aloitettu imetys. Ilman lääketieteellistä syytä annettava lisämaito vaikuttaa äidin luottamukseen omaa imetystä kohtaan. Näiden ja useiden muiden syiden vuoksi imetys ei välttämättä jatku 6 kuukautta pidempään. Tärkeänä asiana imetyksen onnistumiselle on lapsen joutuminen erilleen äidistä esimerkiksi keskolaan, jolloin imetys ei pääse alkamaan kunnolla. Myös äidin kotiutuminen eri aikaan lapsen kanssa vaikuttaa imetyksen onnistumiseen. (Koskisen 2008 20-21.)

Pienipainoisen lapsen kasvuvauhti ensimmäisinä elinviikkoina on reilusti nopeampi, kuin normaalin vastasyntyneen, koska tavoitteena on mukailla normaali-kokoisen lapsen kasvua (Hengitysliitto Heli 2008). Alle 2500 g painavien vastasyntyneiden energiantarve on 120 - 140 kcal/ kg / vrk, kun normaalipainoisella energiantarve on 95- 115 kcal/ kg / vrk. Ravinnon tarve on siis suurempi, kuin normaalisti. (Fellmann & Järvenpää i.a.)

Kaikille alle 1500g painaville lapsille aloitetaan ensimmäisinä päivinä äidinmaidon lisäksi laskimonsisäinen ravitseminen tueksi kasvulle. Lapsen syntyessä alle 30 raskausviikolla ei hänen elimistöön ole kertynyt kunnolla mm. fosfaattia ja kalsiumia, sillä niiden runsas muodostuminen alkaa vasta 30 raskausviikon jälkeen. Hiilihydraatti-, rasva- ja vitamiinivarastot kasvavat vasta 36 raskausviikon jälkeen. Tämän vuoksi näillä viikoilla tai ennen 30 raskausviikkoa syntyneille lapsille aloitetaan lisäravinnoksi äidinmaitoon lisättyä proteiini- mineraali lisää ja lisärasvaa tai varta vasten keskosille suunniteltuja erityiskorvikkeita, joihin on lisätty ravintoaineita joita alhaisilla raskausviikoilla syntynyt lapsi tuottaa vähän. Maidon vahvistusta jatketaan 3500g tai laskettuun syntymäaikaan asti. (Fellmann & Järvenpää i.a.)

Oma äidinmaito on paras ravinto kenelle tahansa lapselle, niin myös pienipainoiselle. Useista syistä imetys ei välttämättä onnistu heti tai ei ollenkaan. Tällöin äidin on hyvä lypsää maitoa lapselle vähintään 6-8 kertaa, jotta maidontuotanto pysyy käynnissä, jolloin imetystä voidaan yrittää myöhemmin. Mikäli pienipainoinen lapsi on syntynyt alhaisilla raskausviikoilla, imetystä voidaan alkaa harjoittelemaan 32- 34 viikon tienoilla. (Hengitysliitto Heli 2008.) On myös mahdollista, että ei ole estettä sille, että lapsi harjoittelee imemistä jo esimerkiksi 28. viikolla, jos hänen edellytykset riittävät siihen. On tärkeää, että lapsi saa harjoitella imemistä tiheään. (Koskisen 2008, 136- 137.)

Imetyksen tukeen tulee kiinnittää riittävästi huomiota ja äitiä tulee kannustaa ja kehua kaikista onnistumisista. Positiivinen palaute on myös ensisijaisen tärkeää imetyksen onnistumisen kannalta. (Koskinen 2008, 140.) Äidin tukeminen on ensisijaisen tärkeää ja epäonnistumisista huolimatta häntä on tuettava kokeilemaan uudelleen ja huomioimaan lapsen vuorovaikutukselliset viestit nälästä ja kylläisyyden tunteesta. On mahdollista, että virkeä ja nälkäisen oloinen lapsi nukahtelee rinnalle parin imausun jälkeen. Tämä on pienipainoiselle lapselle aivan normaalia. ( Heikka, 2007, 301.)

Kenguruhoito, jossa lapsi laitetaan paljaalle iholle tutustuttaa lapsen imemisen maailmaan (Sisk ym. 2006, Hedberg Nyqvist). Täysiaikaisten ja isompien kes-

kosten ravinnoksi riittää yleensä pelkkä äidinmaito ja täysimetystä voidaan jatkaa 4-6 kuukauden ikään asti, jos kasvu on riittävää. Lapsen ruokailu toteutetaan aluksi tarkalleen tiettyinä kellon aikoina, mutta lapsen kasvaessa olisi suotavaa siirtyä lapsentahtiseen ruokailuun. (Heikka 2007, 301.)

Imetys tiettyinä kellon aikana voi olla raskasta vanhemmille. On kuitenkin tärkeää noudattaa ohjeita, sillä pienipainoinen lapsi ei kestä pitkiä syöttövälejä eikä jaksaa syödä kerralla niin paljon kuin normaalin kokoinen vastasyntynyt. (Keskosvanhempien yhdistys kevyt 2008.) Jos imetys ei onnistu annetaan tämän painoiselle lapselle normaalia äidinmaidon korviketta. (Hengitysliitto Heli, 2008).

SGA- lapsilla on vähäinen paastonsietokyky. Tämän vuoksi heillä on suuri hypoglykemia taipumus ja siksi on tärkeää, että synnytyksen jälkeinen ruokinta alkaa pian syntymän jälkeen. Tämä on eduksi sille, ettei hypoglykemiaan liittyviä keskushermostovaurioita pääse syntymään. Lisämaidon antaminen on suositeltavaa SGA- lapsille, sillä maito nousee rintoihin noin 2- 3 päivää synnytyksen jälkeen. SGA- lasten verensokeripitoisuutta tulisikin tarkkailla tiheästi ja hoitaa mahdollinen hypoglykemia heti sen ilmettyä lisämaidolla tai glukoositipalla. (Erkkola, Haukkamaa, Hupli, Saarinen ja Vala 1992, 165.)

Lundströmin ym. mukaan hemoglobiini laskee syntymästä kahden kuukauden ikään asti. Mitä pienempi syntymäpaino, sitä matalampi hemoglobiinin määrä on syntyessä. Raudan puutetta aiheuttaa myös keskimääräistä nopeampi kasvu. (Kivivuori, Raivio & Siimes 1998.) Tämän vuoksi alle 2500g painaville lapsille aloitetaan lisärauta lääkärin ohjeen mukaan. Raudan tarve alle 2500g painavilla lapsilla on 2mg/ kg/ vrk. (Fellman i.a).

Etenkin raskausviikkoihin nähden pienipainoiset lapset ja pikkukeskoset tarvitsevat ravintolisiä. Ravintolisien anto riippuu lapsen kasvusta ja painosta. Ravintolisiä annetaan, kunnes lapsi painaa 3,5 kg. Ravintolisiä ovat esimerkiksi keskostipat, joissa on mm. foolihappoa ja vitamiineja. Kaikille vastasyntyneille aloitetaan D- vitamiinitipat ohjeen mukaan kahden viikon iästä alkaen ehkäisemään

mm. riisitautilia ja kasvun ja kehityksen häiriöitä (Haglund, Hakala- Lahtinen, Huupponen & Ventola 2006, 53.)

### 3 PIENIPAINOISUUDEN SYYT

Gormican ym. ja Abrams ym. sekä Susserin perusteella sikiön kasvun kannalta tärkeintä on sikiön ravinnon saanti. Ravinnon saantiin vaikuttavat monet tekijät, kuten äidin ravitsemustila ennen raskautta eli onko äiti esimerkiksi kovin alipainoinen, äidin terveydentila raskauden aikana, ravinnonlaatu, hiilihydraattien vaihtelu ja painon nousu raskauden aikana. (Hollo 1999, 13.)

Kasvuun vaikuttaa Penrosen mukaan myös äidin ja sikiön hormonitoiminta, istukka- ja napanuoranverivirtaus ja ravintoaineiden kulku istukan läpi. Kohdun sisäinen olotila vaikuttaa suurella määrällä lapsen syntymäpainoon. Myös äidin sekä sikiön geenit vaikuttavat syntymäpainoon. Isän ja äidin omalla syntymäpainolla voi olla myös merkitystä, jos jommankumman tai molempien vanhempien syntymäpaino on ollut alle 3000g. Sosiaaliekonomisilla tekijöillä saattaa olla myös vaikutusta. (Hollo 1999, 13.)

Dejin- Karlssonin (1999, 11) teoksessa on mainittu iän, rodun, matalan palkkatason, matalan koulutustason ja lapsen odottamisen yksin vaikuttavan syntymäpainoon. Samassa teoksessa mainitaan myös seuraavilla seikoilla olevan vaikutusta syntymäpainoon: korkea verenpaine, raskausmyrkytys, diabetes, munuaisten problematiikka, kohdun sisäiset tulehdukset, anemia, tupakointi, alkoholin suurkulutus sekä huumausaineiden käyttö. Lisäksi Viggedalin (2003,14) mukaan syitä voivat olla mm. epävakaa parisuhde, epänormaali istukka tai synnynnäiset epämuodostumat.

Alipainoiset vastasyntyneet ovat hyvin heterogeeninen ryhmä. Syyt pienipainoisuuteen ovat moninaisia. (Hollo 1999, 17.) SGA-sikiöt ja lapset jaetaan omaan kategoriaan tietyin perustein. Perusteet kertovat, minkä vuoksi sikiö tai vastasyntynyt on raskauden keston nähden alipainoinen ja kuinka vakava tilanne voi olla sikiön tai jo vastasyntyneen kannalta. (Erkkola 2004, 470.)

Kasvu on todennäköisesti geneettinen ja kasvanut normaalisti oman potentiaallinsa mukaan. Tällaisen lapsen kehitys on normaalia pienestä koosta huolimatta. Lapsi on sopeuttanut kasvunsa itse pieneksi geneettisten seikkojen perusteella. On normaalia, että tällaisen lapsen äiti synnyttää vastaisuudessaakin keskivertoa pienempiä lapsia. Tilannetta ei tarvitse hoitaa ja lapsen ennuste on usein hyvä. (Erkkola 2004, 470.) Wennegren on luokittelussa samoilla linjoilla Erkkolan kanssa (Rosendahl, 1995). Lisää vielä syiksi mm. kohdun rakenteen poikkeavuuden tai äidin lyhyen pituuden. (Hollo 1999, 18.)

Kasvu on hidastunut epäsymmetrisesti tai symmetrisesti. Lapsi on sairas esimerkiksi infektioiden, epämuodostumien tai kromosomiepämuodostumien vuoksi. Tässä luokassa lapsen ennuste on huono vaikka toteutettaisiin runsaita hoitotoimenpiteitä. (Erkkola 2004, 470.) Wennegrenin mukaan näitä kutsutaan todellisiksi kasvuhäiriöiksi ja syyt kasvuhäiriöön johtuvat usein istukasta. Kaikki SGA-lapset eivät ole sikiöaikana kärsineet kasvuhäiriöstä ja taas kasvuhäiriöiset lapset eivät välttämättä ole SGA- lapsia. (Rosendahl, 1995.)

Lapsen kasvu on epäsymmetrisesti hidastunutta eli hän on laiha, mutta todennäköisesti kuitenkin terve. Syyt 3. luokan kasvunhidastujaan löytyvät usein istukasta ja kohdun verenkierrosta johtuvista häiriöistä, joiden vuoksi lapsi saa heikosti ravintoa viimeisellä raskaus kolmanneksella. Tällöin lapsi laihtuu ja voi menettää maksan glykogeenivarastoja. (Erkkola 2004, 470.)

### 3.1 Pienipainoisen lapsen kasvun luokittelu

Tenovuo jaottelee teoksessaan kasvun hidastumisen syyt neljään eri kategoriaan; geneettisiin syihin, äidistä johtuviin syihin, istukasta johtuviin syihin ja sikiöstä johtuviin syihin. Polanin mukaan ilmenee, että geneettiset alipainaisuuden syyt liittyvät lapsen sukupuoleen, perimään ja odottavan äidin elinympäristöön ja Langhoff- Roosin mukaan myös erilaiset trisomiat ja epämuodostumat kuuluvat tähän ryhmään. (Tenovuo 1988, 10-17.)



Erkkola määrittelee julkaisussaan elinympäristön liittyvän äidistä johtuviin syihin sekä trisomiat ja epämuodostumat sikiöstä johtuviin syihin, sillä ne ovat geneettisiä. Äidistä johtuvia syitä ovat lisäksi muun muassa äidin heikko ravinnon saanti, runsas liikuntaharrastus, mutta tärkeimpänä syynä pidetään kohdun huonoa verenkiertoa, joka johtuu pre-eklampsiaa eli raskausmyr-kytyksestä. Äidin korkea verenpaine jo ennen raskautta vaikuttaa myös kasvuun sekä eräät muut harvinaisemmat sairaudet tai ominaisuudet kuten mm. sirppisoluanemia tai diabetekseen liittyvä ateroskleroosi. (Erkkola, 2004, 471.)

Halmesmäki selvittää artikkelissaan alkoholin ja päihteiden käytön merkitystä sikiön kasvuun. Alkoholin käyttö saattaa aiheuttaa verenvuotoja, jotka vaikeuttavat istukan toimintaa. Alkoholin käytön yhteyteen liittyy usein huono ravitsemus ja painonnousu, joka voi vaikuttaa sikiön kasvuun. Kuten alkoholin, niin myös huumausaineiden yhteyteen voivat liittyä huonot sosioekonomiset tekijät ja huono ravitsemus. Näiden lisäksi huumausaineiden käytöllä on merkitsevästä pienipainoisen lapsen syntymiseen. Sprauve ym. mukaan esimerkiksi joka kolmas kokaiinia käyttävien äitien lapsista on raskauden keston nähden alipainoinen. (Halmesmäki 2000, 1517.)

Tupakan poltto lisää pienipainoisuuden riskiä. Tupakoivien äitien lapset ovat keskimäärin 200g kevyempiä, kuin tupakoimattomien. Nämä lapset ovat 7- 11-vuotiainkin keskimääräistä pienempiä. (Erkkola 2004, 471.) Dejin- Karlson (1999, 10) mainitsee teoksessaan myös passiivisen tupakoinnin merkityksestä. Hänen mukaansa on ehdotettu, että eliminoimalla odottavan äidin ympäristöstä passiivisen tupakoinnin riskiä, saattaisi olla mahdollista vähentää syntyvien SGA- lasten määrää. Näiden syiden lisäksi myös jotkut lääkeaineet vaikuttavat kasvuun (Erkkola 2004, 471).

Istukasta johtuviin syihin kuuluu erilaiset muunnokset epänormaalista napanuorasta, epänormaali istukka, toistuva vuoto istukasta sekä monisikiöiset raskaudet. Sikiöstä johtuvat syyt voidaan jakaa kolmeen eri kategoriaan, sikiön geneettiset syyt, infektiot ja epämuodostumat. (Erkkola 2004, 471- 473.) Lisäksi yhden geenin syyt ja aineenvaihdunta sairaudet ovat syynä sikiön geneettisistä

syistä johtuvaan alipainaisuuteen. Infektiosta johtuvia syitä ovat mm. vihurirokko, vesirokko ja HIV. Bakteeri- infektiosta kuppa ja listerioosi. Joka neljännen sikiön kasvu on hidastunut epämuodostumatapauksissa, mitä vaikeampi kasvun hidastuma on sitä, enemmän epämuodostumia on tai ne ovat pahempia. Epämuodostumia ovat mm. monet sydänviat, suolistokanavan anomalias ja mikrokelia eli pienipaisuus. ( Erkkola 2004, 471- 473.)

Kasvun hidastuminen voidaan jakaa kahteen eri kategoriaan. Kasvun symmetrinen eli 1 tyypin hidastuminen tarkoittaa pään ja vartalon kasvun hidastumista samassa suhteessa keskenään. Epäsymmetrisessä eli 2 tyypin hidastumisessa päänympäryksen kasvu lähentelee normaalia kasvua, mutta vartalon kasvu on hitaampaa. (Erkkola 2004, 470.) Eli silmiinpistävä piirre, on lapsen iso pää (Hollo 1999, 23). SGA-lapsista 30 % on 1 tyypin kasvun omaavia ja 70 % SGA-lapsista on 2 tyypin kasvun omaavia (Erkkola 2004, 470).

### 3.2 Pienipainaisuudesta johtuvat ongelmat

Usein pienipainaisuus aiheuttaa ongelmia enemmän, kuin täysiaikaisen ja terveen lapsen kohdalla. On muistettava kuitenkin, että myös täysiaikainen lapsi voi olla pienipainoinen. Tommiskan ym. mukaan tutkimuksissa on todettu, että sikiöviikkojen määrä on suhteessa pitkäaikaisseuraamusten määrään. (Korhonen 2003.)

Pienipainoisilla lapsilla voi ilmetä välittömiä ongelmia johtuen raskausviikkojen vähyydestä ja liian pienestä painosta. Esimerkiksi lievänä hättänä ilmenee hengitystauot, jotka hiipuvat pois elinviikkojen kerryttyä lähelle laskettua aikaa. Vaikka hengitystauot sinällään eivät ole vaarallisia, on niitä kuitenkin syytä monitoroida, kunnes tilanne stabiloituu. Vakavampi hengityspuolen ongelma RDS-tauti eli hengitysvaikeusoireyhtymä on tyypillinen pikkukeskosille. Keskosille tyypillisiä ongelmia ovat myös aivoverenvuodot ja nekrotisoiva enterokoliitti eli eräänlainen suolistosairaus, josta voi koitua erilaisia ruoan-sulatuselimistön vaikeuksia. (Heinonen 2000, 137-138, 148, 150.)

Tavallisia ongelmia ovat lapsen lämpötasapaino- ongelmat, alilämpöisyys ja ylilämpöisyys. Lapsen lämpö pyritään pitämään tietyn viitearvon sisällä, jolloin kasvulle ja kehitykselle on paremmat edellytykset, koska lämpötasapainon ongelmat vaikuttavat mm. sokeritasapainoon. Lämpötasapainon ollessa kunnossa on muita viitearvoja helpompi ylläpitää. Lämpötasapainosta huolehditaan mahdollisimman vähän lasta rasittamatta. (Korhonen 1996, 67-68.)

Lapsi menettää herkemmin lämpöä, kun ihon pinta-alan suhde on suuri painoon verrattuna ja mitä suurempi suhde, sitä enemmän lapsi painoa menettää. Lapsen vähäinen ihonalaiskudos, ruskea rasva ja vähäiset glykokeeni varastot, epäkypsä hermosto ja lämmönsäätelyjärjestelmä sekä usein toistuvat hoidot ja muu käsittely vaikuttavat lämpötasapainoon. Alilämpöä voidaan hoitaa keskoskehdolla, lämpösäteilijällä tai lämpöpatjalla. Laitteiden liiallinen käyttö voi johtaa ylilämpöisyyden kehittymiseen. (Korhonen 1996, 72, 75-76, 78-79.)

SGA- lapsella voi olla riittämätön sokerin tuotanto hidastuneen kasvun vuoksi. Tällöin lapsen rasva- ja glykokeenivarastot voivat olla puutteelliset sekä sokerin uudismuodostus on huono. Tällaisessa tilanteessa verensokeri voi laskea, jolloin hoitona käytetään glukoosi- infuusiota ja rintamaitoa, jos lapsi sietää sitä. Tarpeen mukaan on mahdollista käyttää myös lääkitystä verensokerin korjaamiseen. (Korhonen 1996, 148.) Koiviston ym. tutkimuksessa on todettu 55 % :lla SGA- lapsista oireinen hypoglykemia, eli matala verensokeri. (Hollon 1999, 83.)

### 3.3 Pienipainoisen tulevaisuuden riskit

Useiden tutkimusten perusteella on todettu että, alipainoisina syntyneiden ja alipainoisina kasvaneiden lasten on riski sairastua useisiin merkittäviin kansantauteihimme. Tutkimusten tulokset ovat kuitenkin monimutkaiset, mutta viitteitä löytyy sepelvaltimotaudin- ja diabeteksen riskiin. Suomessa on tehty kaksi mitattavaa tutkimusta, joista voidaan päätellä riskin näihin sairauksiin olevan tietyin ehdoin. (Eriksson, Forsen, Kajantie & Ylihärsilä 2003, 1655- 1663.)

Holopainen on haastatellut artikkeliinsa suomalaisissa tutkimuksissa toiminutta Johan Eriksonia, joka toteaa tutkimuksen pohjalta, että riski sairastua 2 tyypin diabetekseen niillä, jotka ovat laihoja syntyessään. Tämä ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita leimaa 2 tyypin diabeteksesta, vaan riski ilmenee, jos paino alkaa nousta seitsemän ikävuoden jälkeen. Tutkimuksissa on ilmennyt eri hypoteeseja siitä, mikä mekanismi sairastumiselle on. Eriksson on sitä mieltä, että syy lienee vähäisessä lihasmassassa. Lihasmassan vähäisyys vaikuttaa insuliiniresistenssin kasvamiseen. Pienikokoisilla lapsilla on todettu pienempi haima ja vähemmän insuliinia tuottavia beeta- soluja. Ongelmia syntyy, jos pienikokoinen ihminen lihoo, jolloin hänen pienikokoinen haimansa ei pysty toimimaan täysillä. Pienipainoisuus ei siis lisää diabeteksen riskiä, jos paino pysyy kurissa. (Holopainen 2001, 18)

Suomalaisissa tutkimuksissa otokseen on valittu vain täysiaikaiset pienipainoiset, koska ennenaikaisen syntymän pitkäaikaisvaikutukset tunnetaan huonosti. Valtimonkovettumataudin osalta suomessa tehdyissä tutkimuksissa erot ovat suuremmat kuin useissa muissa ulkomailla tehdyissä tutkimuksissa, mutta tutkimukset osoittavat kuitenkin, että joka puolella maailmaa alhainen paino korreloituu korkeampaan verenpaineeseen. Suomalaisessa tutkimuksessa 1 kg:n verran pienempi syntymäpaino vastasi 6,4 mmHg:n verenpaine- eroa. Otokseen kuuluivat 65- 75vuotiaat verenpainelääkkeitä käyttävät tutkimukseen osallistuneet ihmiset. (Eriksson ym. 2003, 1656.)

Tutkimusten mukaan on selvää, että sepelvaltimotaudin riskiä ennustavat pieni syntymäpaino ja pienipainoisuus sekä syntymälaihuus vuoden ja kahden vuoden iässä ja painoindeksin suureneminen tämän jälkeen. Huomattavaa on kuitenkin, että laihuus kahden vuoden iässä on suurempi riskitekijä, kuin pieni syntymäpaino. Tietoa on edelleen liian vähän, jotta pystyttäisiin puuttumaan ennaltaehkäisevästi esimerkiksi imeväisajan ravintoon ja muihin suosituksiin. (Eriksson & Kajantie 2006, 621-622.)

Lapsen alkuvuodet sujuvat yleensä normaalisti, ilman sen suurempia ongelmia, jolloin tulevaisuuden ongelmien mahdollisuus saattaa unohtua. SGA- lapsilla saattaa ilmetä esikouluiässä motoriikan, oppimisen ja käytöksen ongelmia. Tämän vuoksi lasta on havainnoitava ja oltava tarkka omien tuntemuksien kanssa. Epäilysten herätessä on syytä vaatia lisätutkimuksia, vaikka vanhempia ei näissä tilanteissa aina kuunnella riittävästi. Päivähoidon antamasta palautteesta on turha loukkaantua, tällöin jatkoselvittelyt ovat tarpeen. Lapsen tulevaisuudesta on turha olla huolissaan, mutta tietoinen on hyvä olla. Mahdollisista ongelmista huolimatta SGA- lapset pärjäävät hyvin ja tärkein seikka hyvinvoinnille on lapsen perhe ja heidän asenteet. Suurin osa SGA- lapsista pärjää elämässä hyvin ja säästyy SGA: n tuomilta mahdollisilta ongelmilta. (Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2009, 9-10.)

#### 4 PIENIPAINOINEN LAPSI JA LAPSEN PERHE NEUVOLAN ASIAKKAANA

Lastenneuvolatyön tavoitteena on toteuttaa ohjauksellista hoitotyötä yhteistyössä perheen kanssa. Ensisijaiseksi keskitytään lapsen hyvinvointiin kuten, fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen kasvuun. Lastenneuvolassa on tarkoitus ohjata ja tukea perhettä kokonaisvaltaisesti. (Lindholm, 2007, 113.)

Neuvolatoiminnan yksi peruseriaaiteista on lapsen ja vanhempien tuen tarve. Erittäin tärkeä näkökulma on myös ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen, joka edistää, etteivät vaikeudet pääse kasvamaan liian suuriksi. Jos perheessä, lapsessa tai ympäristössä on lapsen kehitystä haittaavia asioita, on neuvolan niihin puututtava ja tarjottava perheelle erityistukea. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004, 98.)

Vastasyntyneenä todetut ongelmat ovat tervettä lasta odottaneille vanhemmille kriisi. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta vähäinen poikkeavuus, sairaus tai sairauden epäily voi kuitenkin olla vanhemmille suuri suru. ( Kantero, Levo, Österlund 1995, 106.) Vaikka SGA ei aiheuttaisikaan sen suurempia vastasyntyneisyyskauden tai myöhemmän kehityksen ongelmia, tarvitsevat vanhemmat kuitenkin tukea. Mahdollisuus ongelmiin on olemassa ja se aiheuttaa huolta ja murhetta vanhemmille ja muille lapsen läheisille. (Hollo 1999, 48).

Hollon (1999, 48) tutkimuksesta ilmenee, että tutkimukseen osallistuneista SGA- lasten vanhemmista 34 % koki tarvitsevansa tukea neuvolasta lapsen hoitoon ja kasvatukseen liittyen. Kolmannes näistä kuitenkin koki jäävänsä ilman tukea. Verrokki ryhmän vanhemmista 24 % koki tuen tarvetta. Myös heistä kolmasosa koki jäävänsä ilman tukea. Koulunkäyntiin tai terveyden tilaan liittyen SGA- lasten vanhemmat kokivat myös tuentarpeensa suuremmaksi, kuin verrokkiryhmän vanhemmat.

Oulun yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa Vauvaperhetyö keskosten tukena pohditaan äitiyden problematiikkaa ennenaikaisen tai pienipainoisen lapsen synnyttyä. Hägglund mukaan kriisi ennenaikaisen tai pienen lapsen syntymän

johdosta aiheuttaa äideille ristiriitaisia ja useita negatiivisia tunteita kuten esimerkiksi surua, toiveiden ja odotusten menettämisen tunteita, pelkoa vauvan kuolemasta ja oman vanhemmuuden menettämisen pelkoa. Äidit saattavat myös kokea syyllisyyttä, kun raskaus ei olekaan päättynyt normaalisti ja tästä johtuen tunteet epäonnistumisesta naisena ja äitinä. Rutasen mukaan normaaliin äitiyteen kuuluvat pelkojen ja surujen konkretisoituminen. Pedersonin tekstin mukaan huoli lapsesta ei myöskään loppunut tilanteen tasoittumisen jälkeen vaan huolen kohde muuttui peloksi lapsen vammautumisesta. (Korhonen 2003.)

Tutkimusten mukaan lapsen hoito on pienipainoisten lasten ja keskosten äideille stressaavampaa, kuin täysiaikaisten ja normaalipainoisten lasten äideille. (Korhonen 2003.) Pedersonin tekemän tutkimuksen mukaan ei ole merkitystä onko lapsi terve vai sairas. Tutkimuksen mukaan 2/3 terveiden lasten äideistä olivat siitä huolimatta järkyttyneitä ja poissa tolaltaan vielä kotiutumisvaiheessa. (Korhonen 2003.)

Pienipainoinen lapsi voi olla kotiutuessaan yhtä hyvinvoiva, kuin täysiaikainen normaalipainoinen lapsi ja hänen hoitonsa ei eroa normaalin vastasyntyneen hoidosta. Terveystenhoitajan antamaa tukea kaipaavat kuitenkin myös äidit joiden lapsi on syntynyt isompana 33-40 viikoilla ja painaen 1,5- 2,5 kg. Koska nämä vauvat eivät välttämättä kuulu erityissairaanhoidon piiriin, kokevat vanhemmat olevansa väliinputoajia, koska heillekin pienipainoisen lapsen syntymä on suuri kokemus. Terveystenhoitajan olisikin hyvä antaa vanhemmille mahdollisuus puhua lapsen kehitykseen liittyvistä asioista riittävästi. (Heikka 2007, 302-303)

Erityistukea tarvitseville perheille on hyvä tehdä tavoitteellinen suunnitelma, jonka toteutumista ja tavoitteita seurataan. Suunnitelmassa edetään vanhempien toiveiden ja tuen tarpeen kautta. Perhettä voidaan tukea voimavaralähtöisellä mallilla, jossa perheen omia voimavaroja vahvistetaan, kehitetään ja lisätään. Voimavaralähtöistä tukea voidaan vahvistaa antamalla vanhemmille ajantasaisia tietoja ja kartuttaa heidän muita taitojaan. Sosiaalisesta verkostoa kannattaa pyrkiä vahvistamaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004, 98,103-105 .)

Perheet toivovat saavansa myös emotionaalista ja sosioemotionaalista tukea elämäntilanteessaan. Tuki ilmenee terveydenhoitajan osoittamalla kunnioituksella, välittämällä, kuuntelemisella ja ymmärtämisellä. Vaikeassa elämäntilanteessa olevilla vanhemmalle kuulluksi tulemisen tunne ja välittämisen kokemus ovat ensisijaisen tärkeitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004, 98,103-105 .)

Ongelmien ei tarvitse olla suuria, jottei neuvola voisi niihin puuttua. Ongelmia voi esiintyä vanhemmuuteen liittyen, esimerkiksi vanhempien epävarmuus, tietämättömyys, arjen hallinta, molempien vanhempien uupumus, äidin masennus tai kiintymyssuhteen ongelmat. ( Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004, 98.) Perheen ongelmiin voidaan vastata moniammatillisella työyhteisöllä esimerkiksi psykologilla, sosiaalityöntekijällä tai seurakunnan lapsi- ja perhetyöntekijällä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003,10).

Pienipainoisen lapsen kotiutuessa vanhemmille voi helposti tulla turvaton ja epävarma olo, koska hoitovastuu lapsesta on siirtynyt yksinomaan heille. Vuonna 1999 tehdyssä Mannerheimin Lastensuojeluliiton hankkeessa Keskosprojekti, ilmeni että, sairaalan ja avoterveydenhuollon ja muiden instanssien yhteistyötä tulisi kehittää. Tärkeänä asiana esiin nousi myös perhekeskeinen hoitotyö, jossa perheet tulevat kuulluksi. Neuvolan resurssit todettiin tutkimuksessa puutteellisiksi. Aikaa suositusten mukaisille kotikäynneille ja sairaala käynteihin lasta tapaamaan, ei ole riittävästi. (Honkamaa 2002, 14.)

Tiedonkulkuun sairaalasta neuvolaan oli myös toisinaan puutteellista ja tällöin terveydenhoitajan tiedot lapsesta, eivät olleet ajan tasalla kotiutumisen ja kehityskontrollien jälkeen. Tämä luo ongelmia luottamuksen kehittymiseen perheen ja terveydenhoitajan välille, koska tällöin terveydenhoitaja ei välttämättä tiedä, mikä tilanne lapsella on. Vastuu tiedon kulusta siirtyy väsyneille vanhemmille ja on näin ollen helposti puutteellista. (Honkamaa 2002, 14)

Neuvolan tulisikin sopia hoitavan sairaalan kanssa että, tieto lapsen syntymästä saataisiin neuvolan piiriin siitä huolimatta, kuinka kauan lapsi joutuu sairaalassa olemaan. Kirjalliset dokumentit lapsen sairaalahoidosta auttavat neuvolaa luo-



maan jatkumon lapsen hoitoon, hänen siirtyessä neuvolan asiakkaaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004, 212.)

Kotikäynnit kuuluvat oleellisena osana neuvolan toimintaan. Normaalisti ensimmäiset kotikäynnit tehdään jo raskausaikana, mutta mielellään viimeistään lapsen synnyttyä. Lapsen joutuessa olemaan pitkään sairaalassa olisi terveydenhoitajan hyvä käydä tutustumassa lapseen, perheeseen ja hoitohenkilökuntaan sujuvan jatkohoidon vuoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 121, 212.)

Byrdin mukaan kotikäyntien merkitystä on tutkittu ja on ilmennyt, että käynneillä voidaan ehkäistä tapaturmia, lisätä tietoa, kehittää äidin ja lapsen vuorovaikutussuhdetta, ehkäistä kaltoinkohtelua ja tuoda tukea lapsen hoitoon. Elkanin mukaan kotikäynnit voivat edistää myös imetystä, tunnistaa ja hoitaa masennusta sekä lievittää lapsen jäsentymätöntä käyttäytymistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 121.)

#### 4.1 Neuvolan antama tuki pienipainoisen lapsen perheelle

Vanhemmat eivät ole välttämättä valmistautuneet pienipainoisen lapsen syntymään. Tämän vuoksi vanhempien tuen tarve on mahdollisesti suurempi, kuin normaalisti. Vauvan erityistarpeet ja sairaudet hoidetaan erityissairaanhoidossa ja usein myös jälkiseurantaa jatketaan erityisterveydenhuollon puolelta. Psykkinen ja sosiaalinen tuki on järjestetty, mutta erikoissairaanhoidon resurssit ovat rajoitetut, jolloin vastuu perheen tukemisesta siirtyy neuvolan piiriin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 212.)

Huoli lapsesta on suuri ja vanhemmat kokevat riittämättömyyden tunteita vaikeina aikoina. Huoli, suru ja riittämättömyyden tunteet heijastuvat muille perheenjäsenille. Pitkälle edetessään huoli voi aiheuttaa vanhemmille jopa masennusta. (Lehto 2004, 23-24,26.) Lillrankin mukaan perheen sosiaaliset suhteet saattavat muuttua, mikä voi aiheuttaa esimerkiksi eristäytyneisyyttä tai yksinäisyyttä perheessä. (Lehto 2004, 27.)

Lapsi ei voi kokonaisvaltaisesti hyvin ilman vanhempia tai vastaavaa lähiomaista. Tämän vuoksi neuvolatyössä on hyvä toimia perhekeskeisesti. (Lindholm 2007, 22.) Perhekeskeisyyttä on pidetty eräänä terveydenhoitajan työtä ohjaavana periaatteena. (Paavilainen 2002,53.)

Perhekeskeisyyden ydinajatus on se, että hoitotyössä ymmärretään vanhempien ja lapsen olevan erottamaton kokonaisuus hoidossa (Korhonen 1999, 27). Perhekeskeisyydestä voidaan ajatella kahdella eri tavalla. Toinen tapa ajattelee, että lapsi on hoidon keskipiste ja vanhemmat ja perhe taustatukena. Toisessa tavassa ajatellaan koko perheen olevan hoidon keskipiste, jolloin yhden perheenjäsenen sairaus vaikuttaa koko perheeseen ja koko perheen toiminta vaikuttaa sairaan paranemiseen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999.) Perhekeskeisyyden ydinajatus on se, että ymmärretään vanhempien ja lapsen olevan erottamaton kokonaisuus hoidossa (Korhonen 1999, 27).

Etenkin vanhempien parisuhde ja sen onnistuminen on tärkeää lapsen hyvinvoinnin kannalta. Vanhemmuuden laadulla on myöskin merkitystä. Perhekeskeisellä hoitotyöllä tarkoitetaan perheen tarpeiden kautta työskentelyä. Perhe on itsensä asiantuntija ja perhettä kuunnellaan ja arvostetaan heitä koskevissa asioissa. (Lindholm, 2004, 16-17.) Perhekeskeisyyden ydinajatus on se, että ymmärretään vanhempien ja lapsen olevan erottamaton kokonaisuus hoidossa (Korhonen 1999, 27).

Perhekeskeisessä ajattelussa pohditaan myös sisarusten vointia. Vauvan syntymä vaikuttaa aina myös mahdollisiin sisaruksiin ja jos alku vauvan kanssa on vaikea, voivat sisarukset jäädä huomiotta. Sisarus saattaa kokea ulkopuolisuutta tai hylätyksi tulemista. Sisarustenkin jatkamista voidaan tukea ja olennainen asia on keskustella perheen kanssa sisaruksista, heidän voinnistaan sekä tarpeistaan. Vanhemmille on hyvä antaa tukea asioiden järjestelyyn, vanhempien, lasten ja perheen kannalta joustaviksi ja sopiviksi. Vanhempia kannattaa myös rohkaista kertomaan tilanteesta lapsille rehellisesti. Lapsen on helpompi kestää vanhempien suru tai huoli, kun he tietävät syyn siihen. (Korhonen 1999, 179.)

Pienipainoisen lapsen syntyminen perheeseen tuo mahdollisesti mukanaan erityispiirteitä lapsen hoitoon ja arkeen. Lapsen syntymän jälkeen voi esiintyä ongelmia esimerkiksi imetyksessä, jolloin esimerkiksi äiti voi joutua lypsämään maitoja useita kertoja päivässä (Hengitysliitto Heli 2008.) tai vanhemmat voivat kokea tilanteen raskaaksi lapsen ollessa pitkään sairaalassa. Kotiutumisen jälkeen lisärasitetta voivat tuoda sairaalakäynnit ja kontrollit, joita ei normaalin vastasyntyneen kanssa välttämättä koeta. (Korhonen 2003.)

Lapsen jäsentymätön käytös ja sen tuomat ongelmat sekä yöherätykset ja itkuisuus voivat tulla yllätyksenä. Jäsentymättömällä käytöksellä tarkoitetaan vauvan ylireagointia ärsykkeisiin. Lapsi voi olla itkuinen, huonosti nukkuva tai motorisesti levoton. (Korhonen 2003.) Tosin esimerkiksi imetyksen ongelmat (imetystukilista i.a) ja koliikki (Jalanko 2008) ovat yleisiä terveillä vastasyntyneilläkin, mutta useimmiten pienten vastasyntyneiden kanssa ongelmat ja huoli kertaantuvat (Korhonen 2003).

Itkuisuus ja pienipainoisuus lisäävät riskiä joutua kaltoinkohtelun uhriksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 236). Epäilykset voivat herätä, jos vamman laatu ja vanhempien tai saattajan kertomus ei täsmää. Alle vuoden ikäisten lasten luunmurtumine taustalla on melkein poikkeuksetta pahoinpitely, koska pienen lapsen luut eivät vaurioidu helposti. Pahoinpidellyn lapsen perheen kohtaaminen on haastavaa ja epäilyyn on aina puututtava. (Hartikainen, 2004, 293.) Terveystieteiden tutkijan täytyy realistisesti tarkastella tilannetta avoimin mielin (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004, 237-238).

Pienen vauvan pahoinpitely tapahtuu usein ravistelemalla. Vauvan ravistelu aiheuttaa vauvalle shaken baby syndrooman, joka syntyy, kun aikuinen ravistelee lasta kovasti. Riskitekijöitä ovat pienipainoisuus ja itkuisuus. Tutkimusten perusteella syndroomaa voidaan ehkäistä asiallisella informaatiolla. Tiedossa on, että pienet ja itkuiset imeväiset ovat alttiita syndroomalle. Vanhempia voidaan tukea ja antaa tietoa ravistelun vakavuudesta ja antaa keinoja itkevän vauvan rauhoitteluun. Kaltoinkohtelu epäily edellyttää moniammatillista yhteistyötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004, 237-238.)

Neuvolatyössä käytetään moniammatillista työyhteisöä, jolloin voidaan arvioida perheen tilanne kokonaisvaltaisesti. Tilanteen kokonaisvaltaisuuden vuoksi terveydenhuollon henkilökunnalta vaaditaan monenlaisia taitoja kohdata perheiden tarpeet, sekä auttaa ja tukea heitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003,10)

#### 4.2 Varhainen vuorovaikutus pienipainoisen lapsen kanssa

Pienipainoisen lapsen syntymä luo stressin aiheita äidille ja ongelmien kasaantuessa äiti voi masentua herkemmin, kuin normaalipainoisen lapsen äiti. Esimerkiksi tällaisissa tilanteissa vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutus voi heikentyä. (Kalland 2006, 40.)

Vuorovaikutustaitoja on tutkittu John Bowlbyn vuonna 1960 luoman kiinnittymisteorian avulla. Teorian mukaan vauvalla on sisäsyntyinen tarve hakea hoivaa ja usein myös vanhempi pystyy vastaamaan hoivan tarpeeseen. Vuorovaikutuskokemukset luovat vauvan ensimmäiset kokemukset siitä, kuinka vanhemmat ovat hänen saatavillaan ja kuinka hänen tarpeisiinsa pystytään vastaamaan sekä kuinka turvalliseksi hän olonsa kokee. (Launonen, 2006, 3720.)

Vauva ilmoittaa kiinnittymiskäyttäytymisensä itkun, hymyn, jokeltelun, tarttumisen, imemisen ja seuraamisen avulla. Viestiensä avulla vauva saa vanhemman lähelleen, pysymään lähellä ja suojelemaan itseään. Vanhempien tehtävä on ottaa vanhemmuuden tehtävä vastaan ja suostua kiinnittymiskohteeksi. Useat vanhemmuuteen kuuluvat käyttäytymistilat tulevat luontaisesti. (Ahlqvist-Björkroth 2007, 128-129.) Hyvään varhaiseen vuorovaikutukseen kuuluvat kosketukset, äänet, katseet ja yhteenkuuluvuuden kokemukset (Väyrynen 2006, 309).

Vauva pystyy käyttämään omaa kehityspotentiaalia, kun hänellä on turvallinen vuorovaikutussuhde vanhempaansa. Vanhempien kanssa jaetut vuorovaikutussuhteet antavat edellytyksen myöhemmille ihmissuhteille. Varhainen vuo-

rovaikutus edistää mm. vauvan itseluottamuksen kehittymistä. (Väyrynen 2006, 309-310).

Kiintymyssuhteen ongelmista tyypillistä on lapsen ja vanhemman välisen suhteen häiriintyminen. Varhaista vuorovaikutusta voivat häiritä useat asiat. Ongelmat voivat johtua lapsesta, vanhemmista tai perheestä ja sen sosiaalisesta ympäristöstä. Vauvan vuorovaikutusta häiritsevät tekijät liittyvät usein hänen terveydentilaansa. Esimerkiksi keskosuus ja pienipainoisuus, heikko motoriikka, vähäinen aktiivisuus, ärtyisyys ja terveen vauvan temperamentti heikentävät kykyä osallistua vuorovaikutukseen vanhemman kanssa. Vanhemmista johtuvia vuorovaikutuksen heikkenemisen syitä ovat mm. väsymys, jatkuva huoli ja tuen puuttuminen. Vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen ongelmiin on puututtava ja syy selvitettävä. (Korhonen 2006, 313-314.)

Coleni mukaan lapsen tärkeimpiä kehitystehtäviä ovat tunteiden säätelyn hallinta. Tunnetilojen jakaminen on palkitsevaa, mikä on yksi osasy siihen, miksi ihminen hakeutuu vuorovaikutukseen. Lapsen paha mieli voi hälvetä, kun vanhempi ymmärtää ja antaa apuaan. Tämä on tunnetilojen jakamista parhaimmillaan. (Mäntymaa, Puura & Tamminen 2003,461.)

Schoren kirjoituksen mukaan tunteiden säätelyn hallinnalla tarkoitetaan negatiivisten tunteiden lievittämistä, että vähentämistä ja positiivisten tunnetilojen jakamista sekä lisäämistä. Pienellä vauvalla tunteiden säätely tapahtuu vuorovaikutuksessa vanhemman kanssa. Vauvalla on omiakin tunteiden säätelyn keinoja kuten esimerkiksi itsetyyntyytely, mutta vauvan omat keinot eivät ole alussa riittävät. Vauva tarvitsee tämän vuoksi aina vanhemman tai muun aikuisen apua tunnetilojen säätelyyn. Tronik ja Sroufellin mukaan vähitellen vauva alkaa oppimaan tunnetilojen säätelymallit, joita hän on vuorovaikutuksessa vanhemman kanssa useita kertoja kokenut. Vähitellen tunteiden itsenäisempi säätely lisääntyy. (Mäntymaa ym. 2003,461.)

Lapsen ja äidin vuorovaikutus on siis lapsen kokonaiskehityksen ehto. Neuvolatyössä lapsen ja vanhemman vuorovaikutuksesta voidaan saada tietoa tarkkai-

lemalla lapsen ja vanhemman käyttäytymistä yhdessä ja kuuntelemalla vanhemman kertomuksia lapsesta ja perusarjesta. Vanhemman ajatukset vauvasta ja tunnetilojen sävy kertovat paljon vuorovaikutuksesta (Sosiaali- ja terveysministeriö.)

Äidin masennuksessa tai muussa kriisitilanteessa äidin kyky vuorovaikutukseen voi olla puutteellinen. Vanhempien tukeminen vuorovaikutukseen tapahtuu lähinnä keskustelun avulla. Positiivisen palautteen anto hyvin menneiden tilanteiden jälkeen on hyvä keino tukea vanhempia. Vuorovaikutusta tuetaan puuttamalla hienoeleisesti korjaamalla huonommin menneisiin tilanteisiin. Korjaava palaute on esimerkiksi hienovarainen malliksi tekeminen ohjaamalla itkevä lapsi vanhemman syliin, jos hän ei itse asiaa ymmärrä. Toiminnan kyseenalaistaminen avoimella ihmettelyllä on myös tehokas tapa tukea vuorovaikutusta. Esimerkiksi: lausahdus, olisikohan lapsi tyytyväisempi, jos hän pääsisi syliin. Vauvan äänenä toimiminen voi auttaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 99.)

Apuvälineinä keskusteluun voidaan käyttää informatiivisia täytettäviä lomakkeita ja kyselyitä. Lomakkeet tehostavat ja syventävät neuvolatyötä. Lomakkeiden avulla myös vanhemmat saavat vihiä asioista, joista voi terveydenhoitajilta kysyä. Vanhempien kotona täyttämät lomakkeet myös antavat suhteellisen luotettavaa tietoa lapsen kehityksestä ja ongelmista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 99.)

## 5 HANKKEEN TAVOITE, KOHDERYHMÄ JA TOTEUTUS

Työn tarkoituksena oli antaa tietoa pienipainoisen lapsen vanhemmille pienipainisuudesta ja antaa käytännön tukea neuvolan terveydenhoitajalle. Hankkeen tarkoituksena oli toteuttaa opasvihko. Opasvihkosesta ilmenee mm. ravitsemukseen ja vanhemman sekä lapsen vuorovaikutukseen liittyvää tietoa.

Hyödynsaajat olivat vanhemmat, sillä opasvihkon tarkoituksena oli opastaa ja ohjata vanhempia pienipainoisen lapsen kanssa elämisessä. Hoitotyön ammatillisella on mahdollisuus käyttää opasvihkoa oman työn tukemiseen. Näin ollen hoitajan on helpompi näyttää ja kertoa mitä opasvihko pitää sisällään ja ohjata vanhempia arkisessa elämässä pienipainoisen lapsen kanssa.

Hankkeen tavoitteilla on tarkoitus kuvata, millaisiin tuloksiin halutaan päästä tuotoksen valmistuttua ja millä tavalla nykytilannetta tahdotaan muuttaa. Tavoitteet voivat olla välittömiä tai kehitystavoitteita. Välittömällä tavoitteella tarkoitetaan hankkeen lopputulosta. Eli tässä tapauksessa, sitä, millainen opasvihkon halutaan olevan valmiina. Kehitystavoitteilla tarkoitetaan pidemmällä aikavälillä syntyvää muutosta. (Silfverberg 2007a, 39-4.)

Hankkeen tuotoksen tavoitteena on osallistuva toiminnallinen opinnäytetyö. Osallistuvalla toiminnalla tarkoitetaan yhteisön osallistumista työn toteutumiseen. Työssä käytettävä osallistuva toiminta näkyy yhteistyökumppanin kautta toimitettavana tietona vanhemmille. Yhteisön jäsenet, tässä tapauksessa perheet joille on syntynyt pienipainoinen lapsi toimivat osallistujina tutkimukseen käyttämällä opasvihkoa arjen apuna. (Heikkinen, 2006, 50.) Konkreettisena tavoitteena eli välittömänä tavoitteena oli selkeä ja helposti luettava ja ymmärrettävä opasvihko. Työn viitekehys on suunnattu neuvolan terveydenhoitajalle. Yhtenä suurena tavoitteena työssä oli terveydenhoitajan mahdollisuus hyödyntää työssään työn viitekehystä.

Pidemmän aikavälin tavoitteena eli kehitystavoitteena on vanhempien ja lapsen arjen parempi sujuminen ja lapsen myöhäisten ongelmien parempi tiedostaminen. Terveystenhoitajalle opinnäytetyön tulisi antaa lisätietoa ja vinkkejä käytännötyöhön, jolloin myös vanhempien ja lapsen hyvinvointi lisääntyy.

Hankkeella voi olla kaksi hyödynsaajaryhmää, välitön ja välillinen (Silfverberg 2007a, 37-38). Hankkeen välitön kohderyhmä oli tässä työssä neuvolan terveydenhoitaja. Lopullinen kohderyhmä olivat neuvolan asiakkaat ja tässä tapauksessa pienipainoisten lasten perheet. Opasvihko on yksi ohjauksen välinen, jolla terveydenhoitaja voi ohjata ja opastaa vanhempia.

Välilliset hyödynsaajat ovat myös mahdollisia hankeprojektissa. Välilliset hyödynsaajat saavat esimerkiksi kokemusta työtä tehdessä. (Silfverberg 2007a, 38.) Tässä työssä välilliset hyödynsaajat olivat tekijät. Tekijät saivat kokemusta opinnäytetyöprosessista, ohjaustilanteista ja esimerkiksi neuvottelutaidoista yhteistyökumppanin ja ohjaavien opettajien kanssa. Tekijät hyötyivät työnteosta myös tiedollisesti. Työtä tehdessä heidän tietonsa karttuvat kyseisestä aiheesta.

Opasvihko toteutettiin erään Hämeenlinnan terveydenhoitajan kautta. Vihkoon koottiin arkielämän ohjeita pienipainoisen lapsen hoidossa. Yhteistyötaho jakaa opasvihkoja neuvolakäynnin yhteydessä pienipainoisen lapsen vanhemmille. Opasvihko tehtiin A5 kokoon. Terveystenhoitaja kopio vihkoa asiakkailleen joko mustavalkoisena tai värillisenä haluamalleen paperille. Terveystenhoitajan on mahdollista tulostaa opasvihkoa myös sähköisestä tiedostosta.

Nykyaikana on tärkeää, että potilasohjeet ovat ymmärrettäviä ja potilaat huomiioon ottavia. Nykypäivänä käytännön hoitotyön tarpeet ovat lähtökohta opasvihkon tai terveysaineiston kirjoittamiselle. Tarve voidaan määritellä kahdesta lähtökohdasta joko hoitolaitoksen tarve tai potilaan tarve. (Torkkola 2002, 7,35.) Työssämme tarve oli kumpaakin.

Pääasiassa tarve oli potilaiden, tässä tapauksessa asiakkaiden, mutta myös hoitolaitoksen, neuvolan tai synnytysairaalan. Vaikka opasvihko suunnataan



varsinaisesti lasten vanhemmille, on hoitohenkilökunnankin tiedot ajoittain puutteelliset käsittelemästämme aiheesta, jolloin opasvihkosta saattaa olla hyötyä myös heille, asiakkaittensa ohjaamisessa.

Hanke alkoi elokuussa vuonna 2008. Tässä vaiheessa työllä oli vain yksi tekijä. Toinen tekijä tuli mukaan elokuussa 2009. Hankkeen ensimmäinen tekijä halusi tehdä hanketyyppisen työn, työn josta olisi selvästi hyötyä kohderyhmälle. Tekijällä oli myös omakohtainen kiinnostus kyseiseen aiheeseen, jonka perusteella aihe valitui. Oppaan tekemisen aluksi määritellään kohderyhmä. Työssämme kohderyhmä valittiin jo työn alkuvaiheilla työtä ideoidessa eikä tähän varsinaisesti vaikuttanut ihmisten tarpeet vaan tekijöiden mielenkiinto ja kokemus opasvihkon tarpeellisuudesta. Koskinen- Ollonqvist ym. (2001, 7) mukaan kuitenkin yleensä kohderyhmä valitaan ihmisten tarpeiden perusteella.

Hanke käynnistyi yhteydenotolla Hämeenlinnan neuvolan terveydenhoitajaan. Terveydenhoitaja ilmaisi halukkuutensa ryhtyä yhteistyökumppaniksi. Ennen aineiston suunnittelua on hyvä ottaa selville millaiselle aineistolle on tarvetta, koska aineisto ja tarve eivät aina kohtaa toisiaan. Aineiston tarvetta voidaan selvittää esimerkiksi tiedustelemalla alan työntekijöiltä, potilailta tai muilta asiaan liittyviltä henkilöiltä. (Koskinen- Ollonqvist ym. 2001, 7.) Työssä huomioitiin yhteistyökumppanin mielipiteet, joiden pohjalta tuotos syntyi. Yhteydenpidossa terveydenhoitajan kanssa suunniteltiin tuotoksen sisältöä. Hankkeelle tärkeä ominaispiirre on hyödynsaajien mahdollisuus vaikuttaa aiheen rajaukseen ja sisältöön (Silfverberg 2007a 37-38). Väliarviossa ei ilmennyt terveydenhoitajan taholta muutosehdotuksia

Terveysaineistolla tarkoitetaan kirjallisia tai audiovisuaalisia viestintävälineitä, jotka liittyvät erilaisiin terveysaiheisiin. Terveysaineisto materiaaleja ovat esimerkiksi opasvihkoset -DVD:t tai- julisteet. Tällaisia materiaaleista pystytään selkeästi havainnoimaan uutta tai vahvistamaan sekä täsmentämään tiedoksi tuotavaa asiaa tai aihetta. (Koskinen- Ollonqvist, Parkkunen& Vertio 2001, 3.)

Terveyden Edistämisen keskus on luonut kriteerit laadukkaalle terveysaineistolle. Ne on jaoteltu neljään eri kategoriaan ja niiden alalajeihin. Kuitenkin kokonaisuutta on tarkasteltava yhtenäisenä, eikä teos, eli tässä tapauksessa opasvihko ole laadukas, jos vain yksi tai kaksi kriteeriä täyttyy, vaan kaikkien kriteerien on täytyttävä. Nämä kriteerit ovat sisältö, kieliasu, ulkoasu ja kokonaisuus. Sisällöltä vaaditaan konkreettista terveystavoitetta, joka ohjaa sisällön muodos-  
tumista ja tarkentaa sitä. Tällöin lukija pystyy helposti oivaltamaan, mikä on opasvihkon aihe ja tarkoitus. Tavoitteen ollessa selkeä, on sisältöä helppo suunnitella ja rajata. (Koskinen- Ollonqvist ym. 2001, 11.)

Hankkeen tuotoksena syntyi opasvihko pienipainoisen lapsen vanhemmalle. Oppaan sisältö koostui terveydenhoitajan kanssa käydyn sähköpostikeskustelun perusteella, jotta opas palvelisi mahdollisimman hyvin perheitä.

Oppaaseen valittiin yleistä tietoa pienipainoisuudesta, vauvan ruokailu, varhainen vuorovaikutus, mahdolliset tulevaisuuden ongelmat kasvukontrollit ja vertaistukeen liittyviä internet lähteitä.

Opas kertoo kustakin aiheesta noin A- 5 sivun verran tietoa. Kieliasulta vaaditaan Terveyden Edistämisen keskuksen mukaan helppolukuisuutta. French & Larrabee mukaan tekstin ymmärrettävyyteen vaikuttaa esimerkiksi lukijan lukutaito tai kyky omaksua tietoa sekä kirjoittajan kyvyt kirjoittaa ymmärrettävää tekstiä. (Koskinen- Ollonqvist ym. 2001,13.) Torkkolan mukaan (2002, 43,46) Hyvä neuvo selkeään ohjeen kirjoittamiseksi on kirjoittaa havainnollista yleiskiel-  
tä. Jotta teksti on ymmärrettävää, on sen oltava myös oikeakielistä Opasvih-  
koon tehtiin myös pieni saatekirje etusivulle ja takakanteen työn idea. Oppaasta löytyy myös sisällys ja lähteet.

Oppaan otsikot on kirjoitettu isoilla kirjaimilla fontilla 12 ja tekstiosuudet pienillä kirjaimilla. Teksti on kirjoitettu valkoiselle paperille mustalla tekstillä. Hyvin hahmoteltaessa oleva teksti on tehty mm. tarpeeksi isolla fontilla ja kontrasti on selkeä, esimerkiksi musta teksti valkoisella pohjalla. Fontin tulee olla yksinkertai-

nen, liikoja koukeroita ja väkäsiä on vältettävä. Sopiva fontti voi olla vaikkapa Arial tai Verdana. Piena-akkoset ovat suositellumpia käyttää kuin suuraakkoset, koska niitä on nopeampi ja helpompi lukea. Muitakin korostuskeinoja kuten alleviivausta tai kursivointia on syytä välttää. (Näkövammaisten keskusliitto i.a.)

Opasvihkon jokaiselle sivulle liitettiin myös kuva pienipainoisesta lapsesta mielenkiinnon lisäämiseksi. Kuvituksen käyttö ymmärrettävyyden ja muistamisen kannalta on järkevää, koska tällöin saadaan parempi vaikutus (Ewless & Simnett 1995) teoksessa (Koskinen- Ollonqvist ym. 2002, 17.) Kuvat ja taulukot sijoitetaan tekstiin niin, että ne eivät mene tekstin päälle. Teksti ei myöskään kannata laittaa kuvien ympärille. Taulukoiden ja kuvien on hyvä olla pelkistettyjä ja yksinkertaisia sekä harhaan johtamattomia. (Näkövammaisten keskusliitto i.a.)

Tarkoitus on, että hyvä ulkoasu tuo ohjeen sisältöä paremmin esille. Hyvällä ulkoasulla ei yksiselitteisesti tarkoiteta kalliita materiaaleja ja värikkäitä kuvia. Tekstin asettelu paperille on lähtökohtana hyvälle ohjeelle. (Torkkola 2002, 53.) Kokonaisuuteen liittyvät laatukriteerit ovat selkeä kohderyhmä, jonka kulttuuria on kunnioitettu, huomiota herättävä ulkoasu ja aineiston hyvä tunnelma (Koskinen- Ollonqvist ym. 2002, 21).

Yhden esitteen resurssit eivät välttämättä riitä koko aihealueen avaamiseen esitteessä tai opasvihkossa. Sisällön toinen laatukriteeri on oikea ja virheetön tieto eli tuotoksen on oltava ajan tasalla olevaa sekä virheetöntä ja objektiivista. Tekstin tulee nojautua tutkittuun tietoon. Kolmas kriteeri on sopiva määrä tietoa. (Koskinen- Ollonqvist ym. 2001, 11.) Ewless & Simnett, Brownson mukaan terveysaineistossa asiat kannattaa esittää lyhyesti ja ytimekkäästi jättäen kaikki epäolennainen pois. Opasta tehdessä on karsittu pois lähes kaikki tieto, mitä neuvola saattaa käyttää normaalissa neuvolatyön ohjeistuksessa. Oleellista tietoa on jätetty myös pois, koska tilaa on minimiaalisesti. (Koskinen- Ollonqvist ym. 2001, 12.)

Ulkoasun laatukriteerit ovat selkeä sisältö, teksti helposti hahmoteltavissa ja kuvitus tukemassa tekstiä. Terveysaineistossa on tärkeää, että esitystapa on

selkeää. Muun muassa tekstityyppi, fontin koko ja väritys vaikuttavat selkeyteen kuten myös kappalejaot ja kappaleiden pituudet. (Koskinen- Ollonqvist ym. 2002, 17.)

Opas tehdään paperiversiona, mutta myös sähköisenä versiona PDF muodossa. Tulostus on kätevämpi tapa, kuin kopioiminen jo valmiista opasvihkosta. Sähköisessä muodossa olevaa opasta pystyy helpommin päivittämään. Neuvo-la saa täydet valtuudet päivittää ja muuttaa tekstiä tuotoksen luovuttamisen jälkeen.

## 6 HANKKEEN ARVIOINTI

Työssä käytettiin avointa haastattelua, joka on tehty sähköpostin välityksellä Hämeenlinnan neuvolan terveydenhoitajalle, eli yhteistyökumppanille. Yhteistyökumppani antoi arvioinnin kirjallisesti. Yhteistyökumppanin kanssa yhteistyö on sujunut hyvin, jolloin kehittävää palautetta on saatu yhteistyötaholta.

Työtä tehdessä on arvioitu koko ajan työskentelyä. Työssä on kaksi tekijää, joten arviointi toisen tekstistä on tullut saman tien, jolloin on mahdollista keskustella tuotoksen lopputuloksesta. Yhteistyö on sujunut hienosti, joka tarkoittaa sitä että yhdessä on ollut helppo pohtia toisten tuotosta ja mitä tuotoksesta voisi muuttaa. Kehittävä kritiikki on ollut helposti käsiteltävissä, jolloin keskustelu on ollut avointa. Työntekijöiden näkökulmasta harmillisinta on ollut päällekkäiset harjoittelut sekä kiire muista syistä.

### 6.1 Koko hankkeen arviointi

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei välttämättä tarvitse analysoida aineistoa niin tarkasti kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. Mikäli toiminnallinen opinnäytetyö on laadullinen ei aineistoa tarvitse analysoida tarkasti. Määrällisessä toiminnallisessa opinnäytetyössä tulee analysoida tarkemmin tutkimusaineistoa. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 57-58.)

Ennen arviointi vaihetta on työnkirjoittajille oltava selvää mikä on työn tutkimusmenetelmä. Arvioinnin kannalta se on tärkeä tieto tekijöille, sillä työ arvioidaan laadullisen tai määrällisen toiminnallisen opinnäytetyön mukaisesti. Tämä työ arvioidaan laadullisen tutkimusmenetelmän mukaisesti, sillä työssä on käytetty avointa haastattelulomaketta yhteistyötaholle. Arviointi oli avoin haastattelu.

## 6.2 Opasvihkon arviointi

Tekstiosuuden kirjoittaminen oli yksinkertaista, koska suunnitelmat vihkon sisällöstä olivat valmiina. Teksti tekijöiden omasta mielestä oli selkeää ja ymmärrettävää. Opasvihkon tekstiosuus näytettiin myös erään SGA- lapsen vanhemmalle ja hänen mielestään teksti oli sujuvaa ja asiallista. Hänen mielestään jotain epäolennaisia kohtia olisi kuitenkin voinut rajata pois.

Värikuvilla varustettuna opasvihko on visuaalisesti kohtalaisen hyvä. Kuvia on kuitenkin ehkä liikaa. Mustavalkoisena kuvat erottuvat kyllä, mutta yleisilme on hyvin tumma. Teksti on selkeää, mutta fontti saattaa olla huononäköiselle lukijalle liian pientä. Opasvihkon selkeyttä olisi voinut lisätä poistamalla osan kuvista ja suurentamalla hieman fonttikokoa. Tällä tavalla meneteltynä työn visuaalinen ilme olisi kärsinyt.

Oppaasta on tehty kaksi versiota A5 muotoinen ja sähköisessä muodossa oleva pystypaperille tuotettu opas liitteeksi. Sähköisessä muodossa oleva opas on tylsä ja siitä tulee liikaa mieleen perus opinnäytetyön tekstiosuus. Kuitenkin käytännöllisyyden kannalta sähköisessä muodossa oleva opas piti toteuttaa niin. A5 mallinen opas on kokonaisuudessaan kuitenkin tekijöiden mielestä helppolukuinen ja kuvat piristävät tekstiä.

Usein on järkevää pyytää palautetta kohderyhmältä oman arvioinnin tueksi. Yhteistyökumppani Hämeenlinnan neuvolassa arvioi opasvihkon, joko kirjallisesti. Palautetta kannattaa pyytää esimerkiksi työn ulkoasusta, miten opas yleisesti on onnistunut, luettavuudesta ja visuaalisesta ilmeestä (Airaksinen & Vilkkä 2003,157). Palautetta pyydettiin helppolukuisuudesta, tekstin ajankohtaisuudesta ja tarpeellisuudesta sekä ulkoasusta.

Terveystenhoitajan mielestä opasvihko oli kiva ja onnistunut. Terveystenhoitajan mielestä kuvat toivat hyvän lisän vihkoon ja kannustavat vanhempia lukemaan vihkoa. Terveystenhoitaja antoi myös vinkkiä muutamiaan sisällölliseen kohtaan opasvihkossa. Terveystenhoitaja mainitsi myös nettiosoitteiden tarpeellisuuden.

## 7 HANKEEN POHDINTA

Työtä tehdessä pohdiskelun aiheena on ollut se miten työssä näkyy sairaanhoitajan rooli, sillä aihe viittaa vahvasti terveydenhoitajan työhön. Työn tarkoituksena on antaa perusterveydenhuollon ammattilaiselle faktatietoa pienipainoisen lapsen hoitotyöstä ja sen tuomista haasteista hoitotyössä. Työ kohdistuu neuvolatyöskentelyyn, jossa pääsääntöisesti työskentelee terveydenhoitajia, mutta on mahdollista, että pienipainoisen lapsen kanssa voidaan joutua sairaanhoitajan vastaanotolle.

Pohdinnan aiheena on ollut kuinka työ liittyy sairaanhoitajan tai sairaanhoitaja + diakonissan ammattiin, mutta on aivan selvää että sairaanhoitajiakin työskentelee perusterveydenhuollossa. Työssä on pyritty huomioimaan kuitenkin sosi- aali- ja terveydenhuollon näkemys ja työskentely. Työn tarkoituksena ei ole ko- rostaa terveydenhoitajaa vaan ajatella asiaa yleisesti eri ammattialojen välistä yhteyttä.

Hankkeen tuloksena syntynyt opasvihkon tarkoituksena on antaa vanhemmille tietoa pienipainoisen lapsen kanssa elämisestä. Opasvihko on toteutettu yhteis- työkumppanin ehdotuksien mukaan, jolloin työssä on huomioitu kaikkien osa- puolien toivomukset. Työn haasteellisuutta on tuonut suoranaisten lähteiden vähäinen määrä, joten tekijöiden on pitänyt tulkita tekstiä hyvin kriittisesti.

Lähdeaineistoa etsiessä on hyvä tutustua alan julkaisuihin ja artikkeleihin, joista voi saada omaan työhön lähdemateriaalia. Useimmiten oman alan julkaisujen lukeminen antaa työnkirjoittajalle tiedon uudempaa lähdemateriaalia. Monella alalla tieto uudistuu lyhyellä aikavälillä, jolloin kirjoittajan tulisi katsoa aina uusin lähdeaineisto omaan työhönsä. Uusissa teoksissa on sisällytetty vanhan teok- sen asia, jolloin kestävä tieto on aina uusissa teoksissa mukana. (Airaksinen, & Vilkka, 2003, 72.)

Työssä on käytetty hyvin kriittisesti lähteitä ja arvioitu niiden todenperäisyyttä vertailemalla vastaavanlaiseen tuotokseen. Vastaavanlaisiin töihin tekijät eivät ole törmänneet suurin osa kirjallisesta tiedosta on keskittynyt keskoslasten tutkimiseen. Pienipainoiset lapset eivät ole välttämättä keskosia.

## 7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys nähdään yleensä uskontoon liitännäisessä asiassa, mutta hoitotieteessä eettisyys painottuu suurimmaksi osaksi moraaliseen käsitykseen sekä arvoihin (Sarvimäki, & Stenbock-Hult, 2009, 71). Hoitotyössä ammatti eettisyyttä katsotaan moraaliselta kannalta. Hoitoalan ammattilaiset kohtaavat usein työssään eettisyyttä ja pohdinnan aiheena on oikean ja väärän tulkitseminen. Eettisyys on jo pohdittua tietoa oikean ja väärän mallista, kun moraalinen on suoranaista pohdiskelua oikeasta ja väärästä. (Juujärvi, Myyry, & Pesso, 2007, 13.)

Eettisyyttä on myös työn kirjoitustyyli, jolloin on huomioitava ihmisyyt sekä kunnioitettava yhteistyökumppania sekä ulkopuolista lukijaa. Tekstin tulee olla hienovaraisesti kirjoitettua, eikä tekstin sisällössä saa olla uskontoon, ihmisyyteen, eri ihmisrodun halventamiseen tai loukkaamiseen viittaavaa tekstiä. On tärkeää huomioida hienovaraisuus sekä ihmisten tunteet tekstiä kirjoittaessa. Tämä on huomioitava sekä opasvihossa, että teoreettisessa osuudessa. (Olsson & Sörensen 2001, 56-57.) Vanhemmille tarkoitettu opasvihkon tulee olla kirjoitettu selkeästi ja ymmärrettävästi, mutta loukkaamatta vanhempien tunteita.

Pienipainoisen lapsen syntyminen on itsessään jo eettinen kysymys vanhemmille. Vanhemmille saattaa esiintyä moraalisia kysymyksiä pienipainoisen lapsen synnyttyä ja varsinkin äidille. Äidin moraaliset kysymykset peilautuvat äidin omaan käytökseen raskauden aikana esimerkiksi vaikuttiko tupakointi lapsen pienipainoisuuteen.



Terveiden edistäminen on eettisyyden osa-aluetta, jolla tarkoitetaan esimerkiksi neuvoloissa annettavaa ohjausta äideille lapsen kasvun tukemiseksi. Terveiden edistämistyössä on muistettava että, valistus/ohjaus työ on toteutettava hienovaraisesti loukkaamatta asiakkaita tai potilaita. (Leino-Kilpi, 2008, 183.) Työssä eettisyys voidaan katsoa opasvihkon käyttönä, joka on pienipainoisen lapsen vanhemmille tarkoitettua tietoa. Opasvihko on eettisyyttä, sillä se on terveyden edistämistä ja tukee pienipainoisen lapsen vanhempia arkisissa askareissa.

Viitekehyksen valmistuttua huomasimme tekstin olevan lääketieteellistä, joten näin ollen viitekehyksen termistö saattaa olla ns. maallikolle vaikea lukuista. Tarkoituksenamme olikin, että viitekehyksen teksti suunnattaisiin hoitoalan ammattilaisille, jolloin tekstin termistö ei välttämättä olisi niin vaikeaselkoista. Koko tuotoksen tarkoitus on kuitenkin olla ns. pikaoppaana esim. terveydenhoitajille.

Opinnäytetyössä on aina vaarna plagiointi eli toisen kirjoittajan kirjoittamaa tekstiä on kirjoitettu omaan työhön samoilla sanoilla. On eettisesti väärin varastaa toisen tutkijan kirjoittamaa asiaa omalla nimellä. Plagioinnin kannalta on merkittävä lähdeviitteet erittäin tarkasti sekä tunnollisesti. Työssä epäselvät viittaukset tai vajavaiset viittaukset ovat useimmiten plagioituja. Plagioimisen tunnistaa työssä epäselvällä viittauksella sekä lähdemerkinnän poisjättämisellä. Tällöin tekstiin tulee aukkoja, jotka vaikuttavat lukemiseen ja jättävät lukijalle epätietoisuuden tekstin alkuperästä. (Airaksinen, & Vilkkä, 2003, 72.)

Plagiointi tässä työssä olisi ollut hyvin mahdollista, sillä työssä on käytetty suhteellisen paljon toissijasijaisia lähteitä. Työssä on pyritty hyödyntämään ensisijaisia lähteitä. Kuitenkin toissijasijaisia lähteitä työstä löytyy, koska aika ei riittänyt aina ensisijaisten lähteiden etsimiseen. Työssä on käytetty muutamia vanhoja lähteitä. Perusteet vanhoille lähteille löytyvät siitä, että lähteet ovat mielestämme ensisijaisen tärkeitä työssämme ja vastaavanlaisia uudempia ei löydy. Uudet kirjoittajat viittaavat usein heihin.

Plagiointi vaikuttaa työn luotettavuuteen, sillä tekijä joka on kirjoittanut työhön keksittyjä tuloksia tai väitteitä, antaa työstä epäuskottavan kuvan (Airaksinen, &

Vilka, 2003, 78). Luotettavuutta tutkimustuloksissa arvioidaan validiteetilla ja reliabiliteetilla, mutta näiden soveltaminen toiminnalliseen opinnäytetyöhön on haasteellista. Validiteetilla tarkoitetaan väitteitä, jotka ovat todellisuuteen verrattavissa. Reliabiliteetti on mahdotonta toteuttaa toiminnallisessa opinnäytetyössä, sillä toiminnallisessa työssä on tarkoituksena jonkin asian muutos, jolloin uusintatuloksien saavuttaminen on mahdotonta. (Syrjälä 2006, 147-148.)

Tärkeänä osana työssä koemme pienipainoisen lapsen tulevaisuuden riskit, sillä on olemassa muutamia riskisairauksia. Riskisairaudet vaikuttavat pienipainoisen lapsen tulevaisuuteen, eikä näistä välttämättä olla tietoisia terveydenhuollossa. Työtä kirjoitettaessa halusimme huomioida nämä riskit myös opasvihkossa. Tulevaisuudenriskit pienipainoisen lapsen kohdalla ovat esim. sepelvaltimotauti ja diabetes, joita Eriksson työryhmineen on tutkinut (Eriksson, Forsen, Kajantie & Ylihärsilä 2003, 1655- 1663).

Pienipainoisilla lapsilla saattaa ilmetä käytöshäiriöitä ja oppimisvaikeuksia varhaislapsuudessa ja myöhemmässä kouluiässä.(Hollo 1999, 46). Nämäkin asiat olemme halunneet tuoda ilmi opasvihkossa, jotta mahdollisiin ongelmiin voidaan puuttua myöhemmässä vaiheessa. oppimisvaikeudet ja käytöshäiriöt vaikuttavat lapsen kehitykseen, jolloin vanhemmat pystyvät huomioimaan poikkeavuuksia lapsen kehityksestä. Uskomme että vanhempien on hyvä tietää syyt lapsen mahdolliseen ongelmaan käyttäytymiseen.

## 7.2 Hankkeen tuotoksen hyödyntäminen ja jatkotutkimuksen mahdollisuudet

Työssä teoreettinen tieto osuus on tarkoitettu hoitoalan ammattilaisille, kuten tässä tapauksessa terveydenhoitajien käyttöön. Teoreettisen tiedon hyödynnettävyys on tarkoitettu hoitoalan ammattilaisen tueksi pienipainaisuudesta ja sen mahdollisista komplikaatioista. Näin ollen hoitoalan ammattilainen voi hyödyntää teoreettista tietoa perustellessaan vanhemmille pienipainaisuuden syitä, ongelmia sekä hieman ravitsemustietoutta.

Jatkotutkimuksen mahdollisuutena tästä työstä olisi opasvihkon kehittämistä. Tutkimukselle jatkoa voisi olla kysely perheille, joille on syntynyt pienipainoinen lapsi esimerkiksi äidin tunteet synnytyksen jälkeen ja perheen reagointi pienipainoisen lapseen. Kyselyssä voisi kysyä myös yleisesti, mitä vanhemmat haluaisivat opasvihkoon Tulevaisuutta katsoen jatkotutkimuksen mahdollisuudet pienipainoisen lapsen kasvun seuranta esimerkiksi onko lapselle tullut ongelmia esikoulussa tai koulussa.

## LÄHTEET

- Ahlqvist- Björkroth, Sari 2007. Psyykkisen hyvinvoinnin perusta- tunne- elämän ja ajattelun rakentuminen 0-7- vuotiaana. Teoksessa Annukka, Ar-  
manto & Paula, Koistinen (Toim.). Neuvolatyön käsikirja. Tammi:  
Helsinki. 128-129.
- Airaksinen, Tiina & Vilkkä, Hanna 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö.  
Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy
- Dejin- Karlsson, Elisabeth 1999. Psychosocial resources, life- style factors and  
fetal growth. With special reference to small- for-gestational- age  
(SGA) infants. Lund: Bloms i Lund Tryckeri AB
- Eriksson, Johan G & Kajantie, Eero 2006. Ensimmäisten elinvuosien kasvu ja  
myöhempi terveys. Duodecim 122, 621- 623
- Eriksson, Johan, Forsen, Tom, Kajantie, Eero & Ylihärsilä, Hilka 2003.  
Määräytyvätkö aikuisiän sairaudet sikiökaudella ja lapsuudessa?.  
Duodecim 199, 1655- 1663
- Erkkola, Risto 2004. Sikiön kasvun hidastuminen. Teoksessa Olavi Ylikorkala &  
Antti Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kus-  
tannus Oy Duodecim, 469, 470-474
- Erkkola, Risto, Haukkamaa, Maija, Hupli, Kirsti, Saarinen, Päivi & Vala, Ursula  
1992. Oppsstet Riikka. Kalukkala: Recallmed
- Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana.  
Helsinki: WSOY
- Fellman, Vineta & Järvenpää, Anna- Liisa i.a. Vastasyntynyt.  
<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vastasyntynyt>
- Haglund, Berit, Hakala –Lahtinen, Pirjo, Huupponen, Terttu & Ventola,  
Anna-Liisa 2006. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOY
- Halmesmäki, Erja 2000. Päihteidenkäyttäjän raskaus.  
Duodecim, 116, 14, 1513- 1518.
- Hartikainen, Sirpa 2004. Ortopedia. Teoksessa Paula,Koistinen, Susanna,  
Ruuskanen & Tuula, Surakka. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja.  
Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 293

Hengitysliitto Heli ry 2008. Keskoslapsen ruokaopas.

Viitattu 3.10.2008. Tuloste tekijän hallussa.

[http://www.hengitysliitto.fi/content/Julkaisut\\_materiaalit/Oppaat\\_aineistot/Harvinaiset\\_hengityssairaudet/Keskoslapsen\\_ruokaopas.pdf](http://www.hengitysliitto.fi/content/Julkaisut_materiaalit/Oppaat_aineistot/Harvinaiset_hengityssairaudet/Keskoslapsen_ruokaopas.pdf)

Heikka, Marjatta 2007. Keskonen neuvolassa. Teoksessa Annukka, Armanto & Paula, Koistinen (Toim.). Neuvolatyön käsikirja. Tammi: Helsinki. 302- 303.

Heikkinen, Hannu, L.T 2006. Toiminnasta tietoon. Heikkinen, Hannu, L.T., Raivio, Esa & Syrjäla, Leena, (toim.). Vantaa: Dark Oy, 50.

Heinonen, Kirsti 2000. Terve ja sairas vastasyntynyt. Teoksessa Kari, Raivio & Martti A, Siimes (Toim.) Lastentaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 137-138, 148, 150.

Helsingin yliopisto 2005. Suurten lukujen arkkiatri Arvo Ylppö. Saatavissa <http://www.helsinki.fi/yliopistonhistoria/yliopisto/nostot/ylppo.htm>

Holopainen, Katja 2001. Alhainen syntymäpaino altistaa diabetekselle. Diabetes 2001, 10

Hollo, Outi 1999. Alipainoisena syntynyt lapsi kymmenen vuoden iässä. Turku: Painosalama oy.

Honkamaa, Johanna 2002. Keskonen pääsee kotiin- mitä nyt?. Sosiaaliturva 6, 14

Hyvärinen, Niina & Pesonen, Marjut 2006. Kun perheeseen syntyy keskonen. Kuvaus kahden keskoslapsen ensimmäisestä elinvuodesta vanhempien näkökulmasta. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu.

Jalanko, Hannu 2008. Koliikki vauvalla. Viitattu 25.8.2009. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)

Jouppila, Pentti 1998. Raskaudenaikaisen kaikututkimuksen saavutukset ja haasteet. Viitattu 30. 9. 2008. Tuloste tekijän hallussa. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>

Juujärvi, Soile, Myyry, Liisa & Pesso, Kaija 2007. Eettinen Herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kanta-Hämeen keskussairaala 2005. Ennenaikaisena syntyneiden lasten jälkiseuranta. Saatavissa: <http://www.khshp.fi/index.asp>

- Kantero, Riitta- Liisa, Levo, Hellevi, Österlund, Kalle 1995. Lasten sairaanhoito.  
Porvoo: WSOY
- Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2007. Kehitysseurannat tasoittavat  
keskosen tietä. Viitattu 13.8.2009.  
<http://www.kevyt.net/pankki/kehitysseurannat.pdf>
- Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2008. Internetsivut keskosten  
ravitsemuksesta terveydenhoitajille: Keskosen hyvä ravitseminen. Viitattu 30.8.2009.  
[http://www.kevyt.net/pankki/keskosen\\_ravitseminen1.htm](http://www.kevyt.net/pankki/keskosen_ravitseminen1.htm)
- Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2009. SGA- lapsi, pienikokoisena syntynyt.  
Viitattu 15.10.2009.  
[http://www.kevyt.net/pankki/sgalapsi\\_pienikokoisena%20syntynyt.pdf](http://www.kevyt.net/pankki/sgalapsi_pienikokoisena%20syntynyt.pdf)
- Korhonen, Anne 2006.Varhainenvuorovaikutus. Teoksessa Ulla- Kristiina, Paananen, ,Sirkka, Pietiläinen, Eija, Raussi- Lehto, Pirjo, Väyrynen ja Anna- Mari, Äimälä (Toim.) Kätilötyö. Tampere: Tampere- Paino, 313- 314.
- Korhonen, Anne 2003. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena. Oulun yliopisto.  
Viitattu14.6.2009  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9514271912/isbn9514271912.pdf>
- Korhonen, Anne 1999. Elämän ensitaidot. Erityisvauvan kehityksen tukeminen.  
Helsinki: Kirjayhtymä Oy
- Korhonen, Anne 1996. Keskosen hoitotyö. Tampere: Tammer-paino Oy
- Kivivuori, Sanna- Maria, Raivio, Kari & Siimes, Martti 1998. Pikkukeskosten erytropoietinihoito. Viitattu 10.1. 2009.Saatavissa  
<http://www.nelliportaali.fi>
- Koskinen, Katja 2008. Imetysohjaus. Helsinki: Edita Prima
- Koskinen- Ollonqvist, Pirjo, Parkkunen, Niina & Vertio, Harri 2001.  
Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas.  
Helsinki: Trio-offset
- Launonen, Kaisa 2006. Varhainen vuorovaikutus kielen kehityksen perustana.  
Suomen Lääkärilehti 61, 37,3720.

- Lehto, Paula 2004. Jaettu mukanaolo. Substanttiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere: Yliopistostopaino Oy Juvenes print
- Leino-Kilpi, Helena 2008. Etiikka Hoitotyössä. Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta, (toim.).Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit Oy,183.
- Lindholm, Marja 2004. Lapsi, perhe ja yhteisö. Teoksessa Paula,Koistinen, Susanna, Ruuskanen & Tuula, Surakka. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Lindholm, Marja 2007. Lastenneuvolatyön järjestelmä. Teoksessa Annukka, Armanto & Paula, Koistinen (Toim.). Neuvolatyön käsikirja. Tammi: Helsinki. 113.
- Lindholm, Marja 2007. Neuvola osana perusterveyden huoltoa. Teoksessa Annukka, Armanto & Paula, Koistinen (Toim.). Neuvolatyön käsikirja. Tammi: Helsinki. 22.
- Mäntymaa, Mirjami, Luoma, Ilona & Tamminen, Tuula 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. Duodecim 119:459–65
- Nuorttila, Anne 2007. Raskauden seuranta neuvolassa. Teoksessa Annukka, Armanto & Paula, Koistinen (Toim.). Neuvolatyön käsikirja. Tammi: Helsinki. 48, 52.
- Näkövammaisten keskuiliitto. Suositus painetun tekstin tekijöille. Viitattu 20.8.2009 <http://www.nkl.fi/ajankoht/suositus.htm>
- Olsson, Henny & Sörensen, Stefan 2001. Forskningsprocessen kvalitativ och kvantitativ perspektiv. Falköpnig: Elander Gummessons och Liber AB.
- Rosendahl, Henrik 1995. Sikiön kasvun hidastumisen ongelmat. Viitattu 30. 9. 2008 Saatavissa. Tuloste tekijän hallussa. <http://www.nelliportaali.fi>
- Saarikoski, Pentti 2004. Raskauden keston häiriöt. Teoksessa Olavi Ylikorkala & Antti Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim, 413-414.

- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 2009. Hoitotyön etiikka.  
Helsinki: Edita Prima
- Silfverberg, P. 2007a. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja.  
Viitattu 22.8.2009 Saatavissa:  
[www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf](http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Lastenneuvola lapsiperheiden  
tukena. Opas työntekijöille. Helsinki: Edita Prima oy
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Viitattu 19.10.2009. Lastenneuvolat  
lapsiperheiden tukena. Opas lastenneuvola-toiminnan järjestämi-  
seksi kunnissa 18.03.2003.  
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/neuvola/nopas.pdf>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 4.2.2009.  
[http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantymisen/synnyttajat/synnyttajat\\_teksti.htm](http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantymisen/synnyttajat/synnyttajat_teksti.htm)
- Stakes- ICD10 tautiluokitus 1999, Viitattu 15.1.2009. Tulostekijän hallussa.  
Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>
- Tekay, Audin & Jouppila, Pentti 2004. Obstetrisen tutkimuksen  
apuvälineet. Teoksessa Olavi Ylikorkala & Antti Kauppila (toim.)  
Naistentaudit ja synnytykset.  
Kustannus Oy Duodecim, 346, 351, 345.
- Tenovuori, Tarja 1988. The small- for- gestational age infant. Perinatal risk  
factors and follow-up in infancy. Turku: University of Turku.
- Torkkola, Sinikka 2002. Hyvä potilasohje. Teoksessa Helena, Heikkinen, Sirkka,  
Tiainen & Sinikka, Torkkola. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsin-  
ki: Tammi, 7, 14, 35, 43, 46, 53
- Paavilainen, Eija 2002. Lastenneuvolat lasten ja perheiden terveyden  
edistämiseksi. Teoksessa Taru, Koivisto (Toim.), Seija, Muurinen,  
Arja, Peiponen & Elina, Rajalahti Hoitotyön vuosikirja 2003. Ter-  
veyden edistäminen. Helsinki: Tammi, 53.
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1999. Perhe hoitotyössä  
:teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY



- Viggedal, Gerd 2003. Neuropsychological consequences at young adult age after cardio- pulmonary resuscitation at birth or being born small-for- gestational age. Göteborg: Vasastadens bokbinderi AB.
- Viljamaa, Marja- Leena 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä
- Väyrynen, Pirjo 2006. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Teoksessa Ulla- Kristiina, Paananen, ,Sirkka, Pietiläinen, Eija, Raussi- Lehto, Pirjo, Väyrynen ja Anna- Mari, Äimälä (Toim.) Kätilötyö. Tampere: Tampere- Paino, 12,185,188,190-194.

LIITE 1: Opasvihko pienipainoisen lapsen vanhemmille

**OPASVIHKO PIENIPAINOISEN LAPSEN VANHEMMALLE**



## SAATE

Onneksi olkoon, olet pienen vauvan vanhempi!

Tämän opasvihkon tarkoitus on kertoa hieman perustietoa pienen lapsen elämästä Sinulle, äiti tai isä.

Alkutaival saattaa olla raskas ja siksi me toivomme, että vihkosta on Sinulle hyötyä.



Jenni Lampinen & Mari Ojamaa

Kuvat Jenni Lampinen

## SISÄLLYS

- YLEISTÄ PIENIPAINOISUUDESTA.....4
- ARKI VAUVAN KANSSA.....5
- VAUVAN RUOKAILU.....6
- VAUVAN KASVU JA KEHITYSKONTROLLIT.....7
- VUOROVAIKUTUS VAUVAN KANSSA.....8
- SYYTÄ HUOLEEN ???.....9
- INTERNET LÄHTEITÄ .....10
- LÄHTEET

## YLEISTÄ PIENIPAINOISUUDESTA

Alle 2500g painava vastasyntynyt on pienipainoinen. Lapsen syntyessä ennen 37 raskausviikkoa on hän ennenaikainen eli keskonen.

Tämä opasvihko on tehty pääasiassa pienipainoisia lapsia ajatellen, jotka ovat raskausviikkoihin nähden pienipainoisia. Nämä lapset ovat voineet syntyä laskettuna aikana. Raskausviikkoihin nähden pienipainoisia lapsia kutsutaan usein SGA- lapsiksi. (Small-Gestational-Age).

SGA- lapset syntyvät usein terveinä, eivätkä tarvitse useinkaan sen suurempaa erityishoitoa. Yleensä SGA- lapsen kohdalla säästytään ylimääräisiltä huolilta ja he saavuttavat kasvutavoitteensa muutamassa vuodessa.

Pieni koko ei ole siis merkki siitä, että lapsi olisi sairas. Useinkaan ei saada tietää, miksi lapsi on pienikokoinen. Syy voi löytyä kuitenkin esimerkiksi istukasta joka toimii huonosti tai geeneistä. SGA- n toistumista ei voi ennustaa, eikä koskaan tule luulla, että pienikokoisuuden syy on äidissä.



### ARKI VAUVAN KANSSA

Arki pienipainoisen lapsen kanssa on aivan samanlaista kuin normaalipainoisenkin lapsen kanssa. Tärkeää on muistaa huolehtia omasta hyvinvoinnista ja parisuhteesta, ottamalla myös omaa aikaa.

Vauva kaipaa lepoa, ruokaa ja hellyttää siinä, missä kaikki muutkin ihmiset. Vauva voi olla ärtynyt, väsynyt tai esimerkiksi huono syömään. On hyvä muistaa että, pieni ihminen ei hajoa käsittelystä, vaan sylissä pitäminen ja hoitaminen on hyväksi vauvalle. Vauvaa on hyvä rohkeasti käsitellä eri asennoissa ja luoda erilaisia hyvänä pidon kokemuksia.

Arki voi olla rankkaa, jos vauvaa tarvitsee herätellä syömään ja hän ei pysy syödessä hereillä tai on kovin itkuinen. Neuvolasta saa kuitenkin hyviä neuvoja vauvan hoitoon ja pulmien selvittämiseen, kun rohkeasti kysyy. Muiden vanhempien kokemuksia kannattaa myös hyödyntää, jos hankaluuksia tulee.



## VAUVAN RUOKAILU

Imetys on käytännöllisin ja halvin tapa ruokkia vastasyntynyttä. Pienipainoisille äidinmaito on vielä tärkeämpää, kuin normaalipainoisille lapsille, koska esimerkiksi pienipainoisen lapsen kalorien tarve on suurempi. Hyvällä ravitsemuksella on lapselle kauaskantoiset vaikutukset.

Useista syistä imetys ei saata onnistua heti tai ei ollenkaan. Imetys ei välttämättä onnistu, jos lapsi on kauan keskolassa. Jos imetystä halutaan yrittää myöhemmin, on maitoa lypsettävä 6-8 kertaa päivässä, jotta maidon tuotanto pysyy käynnissä.

Vauvan näläntunteen viestejä kannattaa tarkkailla ja tarjota maitoa aina, kun tuntuu, että vauva on nälkäinen. Ei kannata huolestua, vaikka vauva olisi väsynyt ja haluton syömään. On mahdollista, että vauva esimerkiksi nukahtaa parin imaisun jälkeen rinnalle, vaikka olisi selvästi nälkäinen. Tämä on aivan normaalia pienipainoiselle lapselle. Imetystä kannattaa yrittää uudelleen, kun vauva herää. Rinnan tiheä vaihtaminen saa unisen vauvan imemään tehokkaammin ja pidempään. Vauvan imiessä heikosti, voidaan imetystä tehostaa ihokontaktia lisäämällä imetyksen aikana.

Ajan kuluessa vauva virkistyy ja jaksaa jo imeä paremmin. Vauva tarvitsee imemiseen harjoittelua, niin kuin esimerkiksi esikoululainen pyörällä ajoon.

Lapsen ruokailu tapahtuu aluksi vähintään 3 tunnin välein. Tällöin lapsi on herätettävä myös yöllä syömään. Lapsen painaessa n. kolme kiloa on hyvä siirtyä lapsentahtiseen imetykseen.

Neuvolan terveydenhoitaja osaa arvioida kasvaako vauva riittävästi pelkällä rintamaidolla. Jos lapsi ei kasva riittävästi saattaa terveydenhoitaja suositella lisämaitoa tai aikaistettua soseruokien aloittamista 4 kuukauden iässä. Jos imetys ei onnistu, vauva kasvaa yhtä hyvin myös äidinmaidonkorvikkeella.



### VAUVAN KASVU JA KEHITYSKONTROLLIT

Pienipainoinen lapsi käy normaalisti neuvolassa. Hänen voi kuitenkin joskus olla tarpeen käydä tihennetysti neuvolassa. Myöskin erikoissairaanhoidossa saattaa olla kontrollikäyntejä. Kontrollit sovitaan keskussairaalaan käsin ja terveydenhoitaja sopii yhdessä vanhempien kanssa tihennetyt käynnit.

Vaikka lapsella ei olisikaan mitään erityistä tarvetta tihennettyihin käynteihin, se ei tarkoita, että esimerkiksi neuvolaan ei voisi ottaa yhteyttä. Vanhemmat ovat lapsensa parhaimmat asiantuntijat ja tietävät parhaiten, jos lapsen kasvussa ja kehityksessä on epäilyttävää. Jos vanhemmilla on huoli lapsesta, kannattaa ottaa yhteyttä neuvolaan.

Neuvolassa ja kehityskontrolleissa tarkastetaan lapsen paino, pituus ja pään ympäryys. Perustutkimusten lisäksi kehityskontrolleissa otetaan verikokeita. Kehitysseurantojen tarkoitus on tarkistaa, että kaikki on kunnossa. Kontrolleista on turha huolestua. Suurin osa SGA-lapsista saavuttaa geeniensä mukaisen kasvun neljään ikävuoteen mennessä.





### VARHAINEN VUOROVAIKUTUS VAUVAN KANSSA

Lapsen ja vanhemman välisellä vuorovaikutuksella tarkoitetaan luonnollisia yhdessäolon vastavuoroisia kokemuksia. Tällöin vanhempi tunnistaa lapsen tarpeet sekä vastaa niihin ja lapsi vastavuoroisesti vastaa vanhemman hoitoon ja kommunikointiin. Vuorovaikutuksen onnistuessa vanhemman ja lapsen välillä on harmoninen, kumpaakin osapuolta tyydyttävä suhde.

Varhainen vuorovaikutus ohjaa aivojen kehittymistä, jolla on tärkeä merkitys ihmisen koko kehitykselle. Jotta ihminen oppisi tuntemaan ja aistimaan toisten ihmisten tunnetiloja myöhemmällä iällä, on hänen saatava niitä kokemuksia jo varhaislapsuudessa. Tunnetilojen säätely on lapsen tärkeimpiä oppimiskokemuksia. Vauva ei kuitenkaan pysty itse säätelemään tunteitaan, jolloin vanhemman on autettava lapsi yli esimerkiksi mielihahasta tai kivun tunteesta. Kokemusten karttuessa lapsi alkaa pikkuhiljaa itse säädellä tunteitaan ja selviytymään esimerkiksi vastoinkäymisistä.

Varhaista vuorovaikutusta on kaikki lapsen ja vanhemman välillä tapahtuva kanssakäyminen. Vauvan vuorovaikutusta on mm. itku, hymy ja jokeltelu. Näihin viesteihin vanhemman tulisi vastata.

Vuorovaikutuksen keinot voivat olla hukassa, esimerkiksi lapsen keskosuuden, itkuisuuden ja ärtyisyyden vuoksi tai äidin väsymyksen vuoksi. Äiti on saattanut raskauden aikana kuvitella lapsen erilaiseksi. Näiden seikkojen vuoksi kiintymyssuhde ei välttämättä pääse kehittymään kunnolla,

Tilanteesta huolimatta on kuitenkin tärkeää, että lapsen viesteihin yritetään vastata ja lasta pidetään sylissä ja hellitään.



## SYYTÄ HUOLEEN ???

Toisinaan pienipainoisuus saattaa aiheuttaa ongelmia enemmän, kuin normaalipainoisen vastasyntyneen kohdalla. Lapsen ensimmäiset elinvuodet sujuvat yleensä hyvin, jolloin mahdollisuus tulevaisuuden riskeihin saattaa unohtua. Muutamia pienipainoisuudesta johtuvia ongelmia saattaa kuitenkin ilmetä.

Suomalaisissa tutkimuksissa on todettu riski muutamiin kansantauteihimme. Riski diabetekselle ja sepelvaltimotaudille on olemassa. 2- tyypin diabeteksen riski ilmenee vain, jos lapsen paino alkaa nousta kohtuuttomasti 7- ikävuoden jälkeen. Pienipainoisuus ei siis lisää diabeteksen riskiä, jos paino pysyy normaalirajoissa. Sepelvaltimotaudin kohdalla on samanlainen riski. Terveelliset elämäntavat, liikunta ja monipuolinen ruokavalio ennaltaehkäisevät edellä mainittujen asioiden syntymistä.

SGA- lapsilla saattaa vanhempana, esikouluiässä ilmetä motoriikan, oppimisen ja käytöksen ongelmia. Käytöksen ongelmat voivat ilmetä mm. ylivilkkautena tai keskittymiskyvyn puutteena.. Tämän vuoksi lasta kannattaa havainnoida ja luottaa herkästi omiin havaintoihin. Päivähoidosta kannattaa pyytää palautetta lapsen käytöksestä ja oppimisesta. Omien havaintojen tai päivähoidon havaintojen perusteella kannattaa ottaa yhteyttä neuvolaan, jos huolestuttavia asioita ilmenee. Tällöin voidaan yhdessä neuvolassa miettiä pulmakohтия ja saada niihin tarvittavaa apua ja kuntoutusta.

Lapsen ja koko muun perheen tulevaisuudesta on turha olla huolissaan etukäteen. On kuitenkin tärkeää, että asioista ollaan tietoisia. Mahdollisista ongelmista huolimatta SGA- lapset pärjäävät hyvin. Suurin osa lapsista pärjää elämässä hyvin ja säästyy pienipainoisuuden tuomilta ongelmilta.



## INTERNET LÄHTEITÄ JA MUUTA TUKEA

Lopuksi olemme koonneet listan hyviksi havaituista Internet-lähteistä.

- [www.kevyt.net](http://www.kevyt.net), josta löytyy kaikki tärkeä tieto pienipainoisuudesta. Internet sivujen yhteydessä on myös yhdistyksen keskustelu palsta. Palstalle kirjautumalla voi saada tärkeää vertaistukea saman kokoneilta.
- [www.imetys.fi](http://www.imetys.fi) , tietoa imetykseen liittyen.
- [www.terveyskirjasto](http://www.terveyskirjasto), luotettavaa tietoa terveyteen liittyen.



## LÄHTEET

Eriksson, Johan G & Kajantie, Eero 2006. Ensimmäisten elinvuosien kasvu ja myöhempi terveys. Duodecim 122, 621- 623

Keskosvanhempien yhdistys Kevyt 2007. Kehitysseurannat tasoittavat keskosen tietä.

<http://www.kevyt.net/pankki/kehitysseurannat.pdf>

Korhonen, Anne 2006. Varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Ulla- Kristiina, Paananen, ,Sirkka, Pietiläinen, Eija, Raussi- Lehto, Pirjo, Väyrynen ja Anna- Mari, Äimälä (Toim.) Kätilötyö. Tampere: Tampere- Paino

Korhonen, Anne 2003. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena. Oulun yliopisto

Koskinen, Katja 2008. Imetysohjaus. Helsinki : Edita

Launonen, Kaisa 2006. Varhainen vuorovaikutus kielen kehityksen perustana. Suomen lääkäri- lehti 61, 37,3720.



